

Gute
Nachrichten
für
Therapeuten

up | Netzwerktreffen

Online-Treffen
der up-community
5. und 6. März 2021

02 | 2021

up - unternehmen praxis

Wirtschaftsmagazin für
erfolgreiche Therapiepraxen

Extrabudgetär verordnen lassen: So überzeugen Sie Ärzte und helfen den Patienten

Impfen gegen Corona: Was dürfen Praxisinhaber von ihren Mitarbeitern verlangen?

Doppelbelastung im Job und bei der Pflege: Es lohnt, seine Mitarbeiter zu unterstützen

Spickzettel Verordnungs-Check: Alles was Sie zur schnellen Prüfung brauchen



Mehr als nur HMK einfach, online, Bescheid wissen

**Der Heilmittelkatalog online mit vielen praktischen Zusatzfunktionen.
Für vertragsärztliche und zahnärztliche Verordnung.**

Diagnosegruppen, Richtlinie, Extrabudgetäre Verordnung,
ICD-10 im Klartext, Heilmittelindex, Suchfunktion, Therapy Abstracts,
Mitarbeiter einladen, ständige Aktualisierungen und...

Ganz neu: ICF-Befundbögen diagnosespezifisch in Sekunden erstellen.

HMK digital – jetzt ausprobieren!

HEILMITTELKATALOG.APP



Das magische Sparschwein

🐷 Stellen Sie sich vor, Sie hätten ein Sparschwein, das zaubern kann. Immer wenn Sie Geld ausgeben, werfen Sie einen Zettel hinein, auf dem die entsprechende Summe steht. Dieses Geld verschwindet dann ganz von selbst. Noch nicht besonders magisch, aber warten Sie ab: Manchmal werfen Sie einen Ausgaben-Zettel hinein und die Geldsumme im Sparschwein bleibt gleich. Es verschwindet kein einziger Cent der darin befindlichen Summe. Nun, das ist doch wirklich Zauberei.

Klingt wie im Märchen? Ist es aber nicht, d. h. für manche Ärzte vielleicht schon – nämlich für diejenigen, die sich nicht mit extrabudgetären Verordnungen auskennen. Diese Verordnungen sind nämlich die magischen Zettel, auf denen zwar Ausgaben stehen, die jedoch kein Geld aus dem Sparschwein „Heilmittel-Budget“ der Ärzte verschwinden lassen. Wer nun nicht weiß, bei welchen Indikationen ein besonderer Verordnungsbedarf (BVB) oder ein langfristiger Heilmittelbedarf (LHB) extrabudgetär verordnet werden kann, der stiehlt dem magischen Sparschwein seinen Zauber. Doch Therapeuten können hier helfen, denn es ist ganz einfach: Die Ärzte müssen nur auf den entsprechenden Diagnoselisten nachschauen. Und selbst wenn das nicht hilft, ist immer noch ein Antrag bei der Krankenkasse möglich. Im Schwerpunkt dieser Ausgabe zeigen wir Ihnen detailliert, worauf es bei BVB- und LHB-Verordnungen ankommt und wie Sie damit die beste Versorgung für Ihre Patienten herausholen. Außerdem geben wir Ihnen Tipps, wie Sie die Ärzte über das extrabudgetäre Verordnen aufklären und davon überzeugen.

Teilen Sie Ihr Wissen und haben Sie einen erfolgreichen Monat.

Yvonne Millar

Mit den besten Grüßen
Yvonne Millar, Redakteurin

Was noch im Heft ist, wir aber nicht erwähnt haben ...

... ist das **Thema Impfen**: Dürfen Praxisinhaber von ihren Mitarbeitern verlangen, dass diese sich impfen lassen? Dürfen sie überhaupt nach dem Impfstatus fragen? Wir liefern Antworten.

... sind **Mitarbeiter, die versuchen die Doppelbelastung** Job und Pflege eines Angehörigen zu meistern und warum es sich für Praxisinhaber lohnt, diese zu unterstützen.

... ist **Physiotherapeut und Coach Jan Esswein**, der erklärt, wie man Teamgespräche als Führungsinstrument einsetzt, und praktische Tipps zu deren Ablauf und Umsetzung gibt.

Ihr Kontakt zu up



Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220



Netz
www.up-aktuell.de



Post
Zum Kesselort 53
24149 Kiel



Mail
redaktion@up-aktuell.de



Instagram
upaktuell

10 Spickzettel Verordnungs-Check | Alles was Sie zur schnellen Prüfung brauchen

Schwerpunkt Extrabudgetär verordnen lassen

12

Teil 01 Leistungsanspruch vs. Heilmittelbudget

Teil 02 Verordnen ohne wirtschaftliches Risiko

Teil 03 Besonderer Verordnungsbedarf

Teil 04 Langfristiger Heilmittelbedarf

Teil 05 Verordnungsbereitschaft erhöhen

Teil 06 Arztgespräche erfolgreich lenken

„Ob sich Mitarbeiter impfen lassen, ist eine rein private Entscheidung“

Impfen gegen Corona: Was dürfen Praxisinhaber von ihren Mitarbeitern verlangen?


Interview | Anna Karina Lübbe





34 Corona: Entschädigungen bei Quarantäne oder Tätigkeitsverbot Welche Erstattungen es gibt und wie Sie diese beantragen können

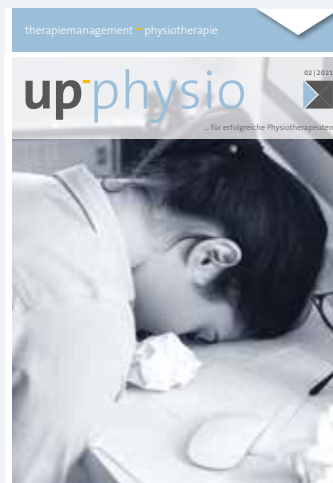
35 Kind in Corona-Quarantäne: Auch für Eltern gibt es Entschädigung

In up_therapiemanagement lesen Abonnenten diesmal:

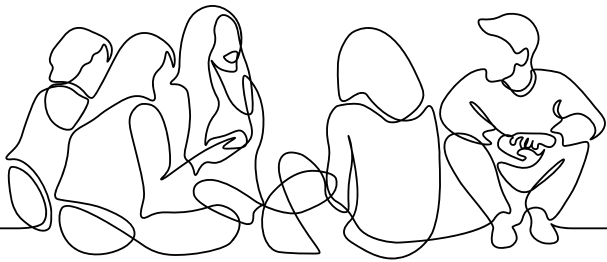
 Schleswig-Holstein: Ausfüllhilfe für Muster 56 +++ 1 Interview zur Videotherapie +++ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie +++ 4 Hilfsmittel für den Alltag +++ Mukoviszidose Bundesverband +++ Extrabudgetäre Verordnung von Physiotherapie bei Multipler Sklerose

 Rheinland-Pfalz: Heilmittel-Ausgaben bleiben 2019 unter vereinbarten Kosten +++ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie +++ 4 Hilfsmittel für den Alltag +++ Deutsche Alzheimer-Gesellschaft +++ Extrabudgetäre Verordnung von Ergotherapie bei Multipler Sklerose

 Westfalen-Lippe: Verordnungsvolumen für Heilmittel steigt +++ 1 Interview zur Videotherapie +++ Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten +++ 4 Hilfsmittel für den Alltag +++ Deutsche Alzheimer-Gesellschaft +++ Extrabudgetäre Verordnung von Logopädie bei Multipler Sklerose



44



Doppelbelastung im Job und bei der Pflege Es lohnt, seine Mitarbeiter zu unterstützen

- 03 Editorial** | Das magische Sparschwein
- 06 Branchennews**
- 08 Weniger Therapie im ersten Halbjahr 2020**
Heilmittel in Zahlen
- 10 Spickzettel Verordnungs-Check** | Alles was Sie zur schnellen Prüfung von Muster 13 brauchen
- 12 Schwerpunkt** | Extrabudgetär verordnen lassen
So überzeugen Sie Vertragsärzte und holen die beste Versorgung für Ihre Patienten heraus
- 28 E-Dienstwagen:** Stromkosten an privater Steckdose zahlt der Chef
Platz schaffen in der Praxis: Diese Unterlagen können Sie 2021 entsorgen
- 29 Videoüberwachung in der Praxis** von Niels Köhler, externer Datenschutzbeauftragter für up|plus-Kunden
- 30 Digitale Einkommenssteuererklärung** nicht immer zwingend notwendig
- 31 Kurzarbeit** mindert Mutterschutzleistungen nicht
- 32 Interview** | Anna Karina Lübbe
„Ob sich Mitarbeiter impfen lassen, ist eine rein private Entscheidung“
- 34 Corona:** Entschädigungen bei Quarantäne oder Tätigkeitsverbot
- 35 Kind in Corona-Quarantäne:** Auch für Eltern gibt es Entschädigung
- 36 Interview** | Jan Eßwein
„Ich nutze Teamgespräche auch, um meine Visionen für die Praxis umzusetzen“
- 40 Kabinett stärkt Verbraucherrechte bei Kreditvergabe**
Bei Konflikten dürfen Arbeitgeber Beschäftigte versetzen
- 44 Doppelbelastung Job & Pflege**
Was Praxisinhaber davon haben, pflegende Angehörige individuell zu unterstützen
- 48 Doppelbelastung Job & Pflege** | Konkrete Praxistipps
- 50 Impressum** | Kurz vor Schluss



Falsche IK auf Vorderseite von Muster 13?

Das ist zu tun!

Das Diagramm zeigt ein Ausschnitt aus dem Formular Muster 13 (10.2020). Links befindet sich ein Feld für die 'IK des Leistungserbringers', das in eine Reihe von kleinen Kästchen unterteilt ist. Rechts daneben ist ein Feld für den 'Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes' vorgesehen. Unten rechts ist die Beschriftung 'Muster 13 (10.2020)' zu sehen.

Es erreichen uns immer wieder Fragen zu folgendem Sachverhalt: Auf der Vorderseite des neuen Muster 13 steht im Feld „IK des Leistungserbringers“ die IK-Nummer des Arztes – und nicht, wie korrekt, die der Heilmittelpraxis. Wie damit umgehen? Es gibt zwei Lösungen: Entweder Sie schicken die Verordnung zurück an den Arzt, mit der Bitte um Korrektur. Oder aber Sie passen die IK-Nummer selbst an.

Wenn Sie die Nummer korrigieren, empfehlen wir, die Änderung durch Ihr Handzeichen und das Datum, an dem Sie diese vorgenommen haben, zu be-

legen. Theoretisch kann das IK-Feld auf der Vorderseite auch leer bleiben, es gibt keine formale Vorgabe zum Ausfüllen auf der Vorderseite. In Anlage 4 des Rahmenvertrags Podologie (notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung „Ärzte“) etwa steht ausdrücklich: „Fehlt die Angabe des IK auf der Vorderseite der Verordnung, ist dies unschädlich.“ Auch die Entwürfe der anderen Rahmenverträge enthalten einen solchen Vermerk. Verpflichtend ist nur, dass die IK auf der VO stehen muss – und das tut sie auch, und zwar hinten auf der Rückseite.

Übergangsregelungen für Genehmigung von langfristigem Heilmittelbedarf

Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie am 1. Januar 2021 haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in den Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen Übergangsregelungen für die Genehmigung von langfristigem Heilmittelbedarf nach §32 Absatz 1a SGB V aufgenommen.

Genehmigungen eines langfristigen Heilmittelbedarfs durch die Krankenkassen bleiben über den 1. Januar 2021 bis zu ihrer Aufhebung oder Erledigung unter der Maßgabe der veränderten Diagnosegruppen wirksam. Eine entsprechende Übersicht der alten und neuen Diagnosegruppen findet sich in den Rahmenvorgaben in § 5 (2). Enthalten die Genehmi-

gungen neben den therapielevanten Diagnosen und den Diagnosegruppen noch weitere Angaben, die Gegenstand einer Änderung der Heilmittel-Richtlinie sind, z. B. Leitsymptomatik, stehen diese der Wirksamkeit der Genehmigung nicht entgegen. In der Genehmigung enthaltene Einschränkungen etwa bezüglich Art, Menge und Frequenz der Behandlung gelten ebenfalls nach dem 1. Januar 2021 weiter. Zudem können Krankenkassen bereits erteilte Genehmigungen mit Wirkung für die Zukunft aufheben, wenn diese aufgrund der geänderten Heilmittel-Richtlinie „inhaltlich ausnahmsweise anders zu treffen wären“.

mehr: Die Rahmenvorgaben finden Sie hier als PDF unter <https://tinyurl.com/y2mq58do>

Hygienepauschale bis 31. März 2021 verlängert

Nach Informationen aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) werden die Sonderregelungen zur Vergütung der Hygiene-Pauschale für Heilmittelbringer erneut verlängert – und zwar bis Ende März 2021.

Nach dem Referentenentwurf „Zweite Verordnung zur Änderung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung“ kann die Hygiene-Pauschale von 1,50 Euro pro Verordnung bei allen Rezepten abgerechnet werden, die bis zum 31. März 2021 bei den Krankenkassen eingegangen sind. Die bisherige Abrechnungsmöglichkeit lief Ende Dezember 2020 aus. Die Verlängerung soll nach Inkrafttreten rückwirkend zum 1. Januar 2021 gelten.



Auch DGUV verlängert Hygienepauschale bis Ende März 2021

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) schließt sich den Empfehlungen der Kassenverbände an und verlängert die Hygienepauschale von 1,50 Euro je Heilmittelverordnung bis zum 31. März 2021.

Das meldete kürzlich der VDB-Physiotherapieverband / Bundesverband und beruft sich auf eine DGUV-Mitteilung. So können Praxisinhaber also auch weiterhin den pauschalen Ausgleich für den Corona-bedingten Hygiene-Mehraufwand abrechnen.

Studie: Drei Viertel der Corona-Patienten leiden unter Langzeitfolgen

76 Prozent der Corona-Patienten, die im Frühjahr 2020 in einer Klinik in Wuhan (China) behandelt wurden, gaben im Rahmen einer Befragung an, auch sechs Monate nach der Infektion unter mindestens einem Symptom zu leiden. Müdigkeit und Muskelschwäche sind die am häufigsten genannten Beschwerden (63 Prozent), gefolgt von Schlafstörungen (26 Prozent), Angstzuständen und Depressionen (23 Prozent).

Die Befragung fand im Rahmen einer Studie statt, die kürzlich in der Fachzeitschrift *The Lancet* veröffentlicht wurde. Zusätzlich erfolgten bei einigen Patienten medizinische Untersuchungen. Es zeigte sich u. a., dass die Diffusionskapa-

zität der Lunge häufig noch vermindert war, bei einigen Teilnehmern wurden zudem langanhaltende Nierenfunktionsstörungen (13 Prozent) beobachtet.

Da es jedoch keine Informationen zum Gesundheitszustand vor der Erkrankung gab, sei es unklar, welcher Anteil auf die Nachwirkungen von COVID-19 zurückzuführen ist. An der Existenz eines „Long COVID“ sei aber nicht zu zweifeln. Die Mediziner befragten bis Anfang September 2020 1.733 Patienten, die im Frühjahr nach einer COVID-Infektion entlassen wurden, nach ihrem Gesundheitszustand, 390 Patienten wurden medizinisch untersucht. Das Durchschnittsalter betrug 57 Jahre.



Heilmittelbericht 2020: Mehr podologische Behandlungen bei Diabetes

2019 ist jeder achte AOK-Versicherte mit Diabetes mellitus in podologischer Behandlung gewesen. Das geht aus dem aktuellen Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) hervor. In den letzten zehn Jahren stieg die podologische Behandlungsrate bei den AOK-Versicherten um 74 Prozent, während die Zahl der Amputationen im selben Zeitraum um 15,5 Prozent sank. Für den Heilmittelbericht 2020 hat das WIdO die insgesamt 46 Millionen Heilmittelleistungen ausgewertet, die 2019 zulasten der GKV abgerechnet wurden. Der Heilmittelumsatz lag insgesamt bei 8,8 Milliarden Euro und stieg im Vergleich zum Vorjahr um 21,6 Prozent. Der größte Anteil der Verordnungen entfällt mit 83,6 Prozent auf die Physiotherapie – das entspricht rund 38,4 Millionen Leistungen, bzw. 266 Millionen einzelnen Behandlungen (2018: 35 Millionen Leistungen, 243 Millionen Behandlungen). Es folgt die Ergotherapie mit 3,4 Millionen Leistungen sowie 28,1 Millionen Behandlungen (2018: 3,06 Millionen Leistungen, 25,7 Millionen Behandlungen).

Die sprachtherapeutischen Leistungen lagen bei 2,3 Millionen Leistungen mit 17,9 Millionen Behandlungen (2018: 2,1 Millionen Leistungen, 16,6 Millionen Behandlungen). 2019 wurden gut 1,8 Millionen podologische Leistungen mit 7,1 Millionen Behandlungen abgerechnet, ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr von 8,6 Prozent.

mehr: <https://tinyurl.com/ycfx3qeu>



Insolvenzgeldumlage zum Jahresbeginn gestiegen

Die Insolvenzgeldumlage U3 ist zum 1. Januar 2021 auf 0,12 Prozent gestiegen. Das geht aus dem Gesetz zur Beschäftigungssicherung infolge der COVID-19-Pandemie (BeschSiG) hervor, das Ende November 2020 vom Bundesrat gebilligt wurde. Diese neue Regelung betrifft auch alle Praxisinhaber, denn die Insolvenzgeldumlage ist von allen Arbeitgebern zu zahlen, die Arbeitnehmer im Inland beschäftigen.

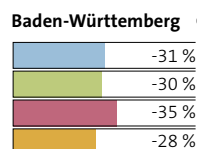
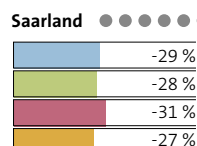
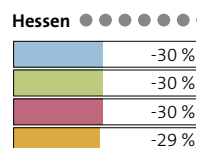
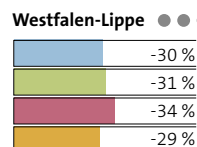
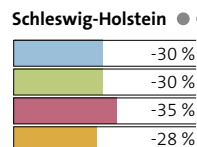
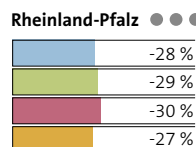
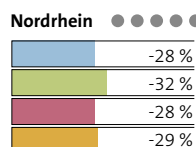
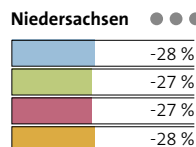
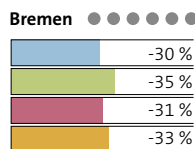
Das Insolvenzgeld soll die Entgeltansprüche des Mitarbeiters gegenüber seinem Chef sichern, wenn dieser zahlungsunfähig, also insolvent, ist. Die Umlage wird nach dem laufenden und einmaligen Arbeitsentgelt bemessen und muss für alle Beschäftigten gezahlt werden – unabhängig davon, ob sie rentenversicherungspflichtig, rentenversicherungsfrei oder von der Rentenversicherungspflicht befreit sind. Die Insolvenzgeldumlage war zuletzt zum 1. Januar 2018 von 0,09 auf 0,06 Prozent gesenkt worden. 2022 soll der Satz auf 0,15 Prozent steigen.

Weniger Therapie im ersten Halbjahr 20

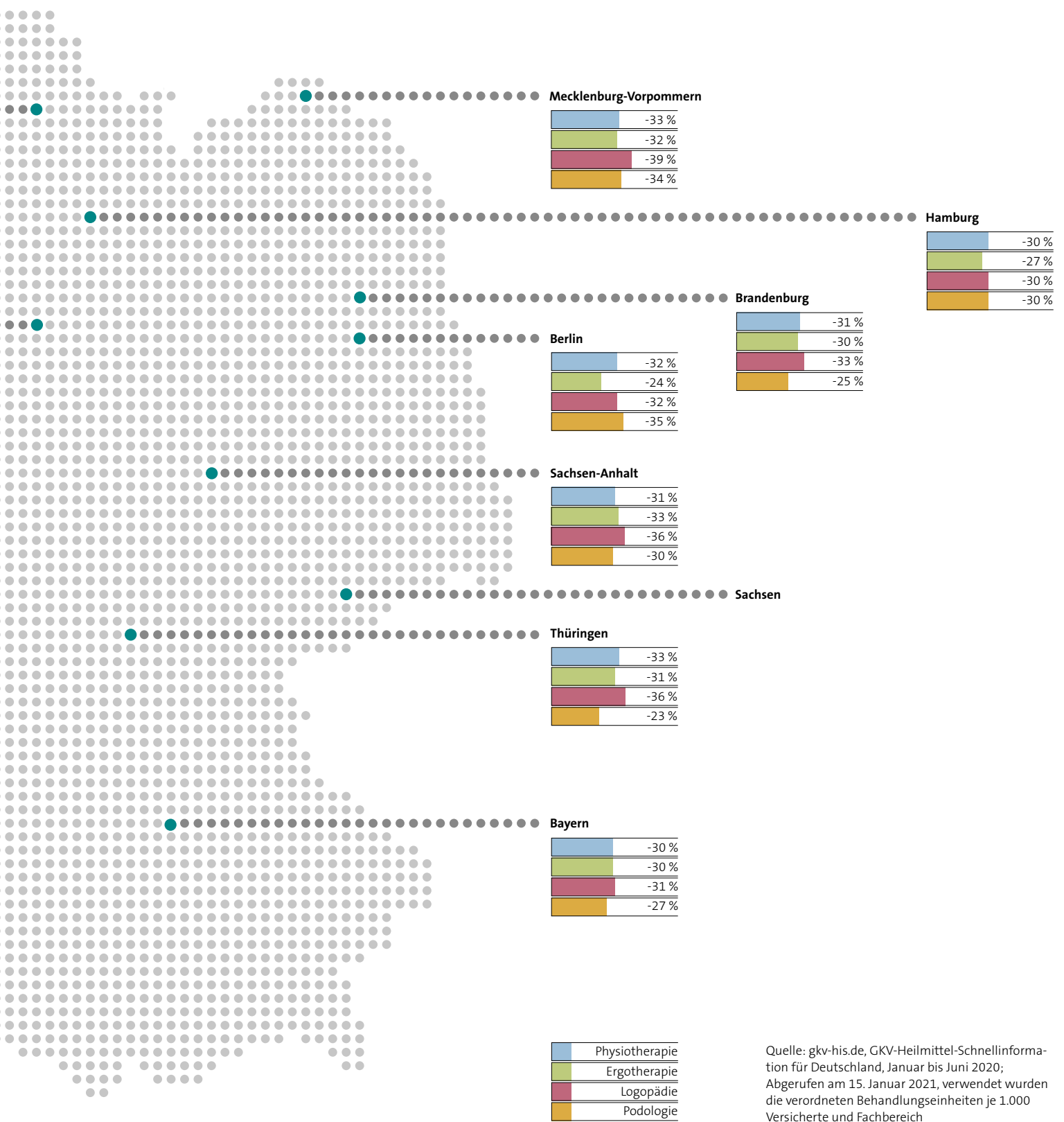
Deutlicher Behandlungsrückgang im ersten Corona Lockdown

Die Zahlen des GKV-Heilmittel-Informationsportals für das erste Halbjahr 2020 sind endlich mit großer Verspätung veröffentlicht worden. Corona hat erwartungsgemäß nicht nur für verspätete Zahlen, sondern durch den ersten Lockdown im März/April 2020 auch für sehr deutliche Behandlungsrückgänge gesorgt.

Bundesweit betrug der Rückgang der Behandlungseinheiten im Vergleichszeitraum des Vorjahres rund 30 Prozent. Das hängt mit dem unklaren Status der Heilmittelerbringer beim ersten Lockdown zusammen. Einige Ministerpräsidenten benötigten zwei bis drei Wochen, um zu begreifen, dass Heilmitteltherapie zum einen kein Wellnessangebot, sondern ernstzunehmende medizinisch notwendige Behandlung ist. Und zum anderen, dass Therapeuten aufgrund ihrer Ausbildung durchaus in der Lage sind, Hygienevorgaben verantwortungsbewusst umzusetzen. Außerdem gab es einige Verbände, die zur Praxisschließung rieten. Ein Fehler, wie sich schnell herausgestellt hat. Insgesamt hat sich das in erheblichen Behandlungsrückgängen von rund 30 Prozent niedergeschlagen. Glücklicherweise sind im ersten Halbjahr die Vergütungen je Behandlungseinheit im Bundeschnitt deutlich gestiegen: Physiotherapie +14%, Ergotherapie +20,5%, Logopädie +23% und Podologie +15,4%. Das hat dazu geführt, dass trotz des deutlichen Behandlungsrückgangs der Umsatzrückgang etwas moderater ausgefallen ist. Insgesamt haben die Heilmittelpraxen im ersten Halbjahr 19 Prozent weniger Umsatz als im Vorjahreszeitraum gemacht, das entspricht rund 800 Millionen Euro. Der Heilmittel-Rettungsschirm dürfte diese Summe in etwa kompensiert haben, wenngleich das nur im Durchschnitt stimmt. Denn tatsächlich hat sich der Rettungsschirm für einzelne Praxen sehr unterschiedlich ausgewirkt.



2020 | Heilmittelbranche in Zahlen



■ Physiotherapie
■ Ergotherapie
■ Logopädie
■ Podologie

Quelle: gkv-his.de, GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland, Januar bis Juni 2020; Abgerufen am 15. Januar 2021, verwendet wurden die verordneten Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte und Fachbereich

Spickzettel Verordnungs-Check

Alles was Sie zur schnellen Prüfung von Muster 13 brauchen

Das neue Muster 13 ist inzwischen in allen Praxen angekommen. Gar nicht neu ist die lästige, aber unbedingt notwendige Prüfung der Verordnung auf Vollständigkeit und Gültigkeit. Normalerweise erledigt das der Praxiscomputer. Aber manchmal will man auch einfach schnell händisch prüfen. Dafür haben wir diesen Spickzettel für den VO-Check vorbereitet. Damit wird die Prüfung an der Rezeption ihrer Praxis zum Kinderspiel.

Schritt 1 | Kann die Behandlung sofort beginnen?

Die Behandlung kann auch bei unvollständigen oder fehlerhaften Verordnungen begonnen werden, wenn das richtige Formular verwendet wurde (blaues Muster 13 bzw. Ausdruck auf rosa Blankopapier) und die nachfolgenden Angaben auf der Verordnung stehen:

- Angaben im Personalienfeld (Patient, Krankenkasse und Arzt müssen eindeutig identifizierbar sein)
- Diagnose (mindestens eine behandlungsbegründende Diagnose, egal ob nur als Freitext, nur als ICD-10-Code oder sowohl ICD-10-Code als auch Freitext)
- mindestens ein konkretes Heilmittel (Ihre Praxis muss die Zulassung für das verordnete Heilmittel haben.)
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes (Stempeldaten können auch durch Computeraufdruck auf der Verordnung stehen.)

Fehlen Angaben oder sind Angaben falsch, so können diese noch bis zum Tag der ersten Behandlung vom Arzt (auch per Fax) ergänzt/korrigiert werden. **Aufpassen:** Das Änderungsdatum darf nicht später als der erste Behandlungstermin sein. Sind die Angaben vollständig und richtig, kann die Behandlung begonnen werden.

Schritt 2 | Stimmt die Höchstmenge je Verordnung?

Die Behandlungsmenge darf für normale Verordnungen die in der Diagnosegruppe des Heilmittelkatalogs angegebene zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Dabei gilt für den ganzen Heilmittelkatalog:

- **Physiotherapie:** max. 6 bzw. 10 Behandlungseinheiten je Verordnung
- **Podologie:** max. 6 Behandlungseinheiten je Verordnung
- **Logopädie:** max. 10 bzw. 20 Behandlungseinheiten je Verordnung
- **Ergotherapie:** max. 10 Behandlungseinheiten je Verordnung
- **Ernährungstherapie:** siehe Schritt 3

Hat der Arzt die Höchstmenge der Behandlungseinheiten für die Verordnung nicht überschritten, können die verordneten Leistung erbracht werden. Im Verlauf der Behandlung müssen jetzt sonstige notwendige Ergänzungen und Korrekturen bis spätestens zur Abrechnung erledigt werden.

Hat der Arzt die Höchstmenge je Verordnung überschritten, müssen Sie jetzt noch in Schritt drei prüfen, ob Sie diese zusätzlichen Behandlungseinheiten möglicherweise doch erbringen und abrechnen dürfen.

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Techniker Krankenkasse	
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten Benjamin Müller	
Unfallfolgen	Musterstraße 42 D 24111 Kiel	
BVG	Kostenträgerkennung 101377508	Versicherten-Nr. K746920
	Betriebsstätten-Nr. 019964200	Arzt-Nr. 3667196
Behandlungsrelevante Diagnosen ICD-10 - Code		
I64	Schlaganfall	
Diagnosegruppe ZN	Leitsymptom gemäß Heilmittelkatalog	
Leitsymptomatik (<i>patientenindividuelle</i> L...)		
Schädigung/Störung der L...		
Heilmittel nach Maßgabe des K... Heilmittel		
KG-ZNS als Doppelbehandl...		
Ergänzendes Heilmittel		
<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht Haus...		
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbe... innerhalb von 14 Tagen		
ggf. Therapieziele / weitere me...		
IK des Leistungserbringers		
2. Erkrankungen d...		
2.1 ZNS und Rück...		
Diagnosegruppe ZN		
1 Diagnosegruppe identifizie...		
ZNS-Erkrankungen einschl... z. B. • prä-, peri-, postnatale Sch... (z. B. infantile Zerebralpa... • Fehlbildungssyndrome (z... myelocele, Spina bifida (C... • zerebrale Ischämie, Blutun... Hypoxie (z. B. P20.-), Tum... • Schädelhirn- und Rückenm... • Meningoencephalitis (A80... elitis (A80.-))		
Weitere beispielhafte Diag... A39.-; B90.-; B91; B94.-; C... bis G26; G35.- bis G37.-; G... I60.- bis I69.-; M30.-; M31... Q07.-; Q76.-; Q90.- bis Q93... T09.-; T90.-		
Hinweis: Die hier abgebild...		
1a Optional: VO extrabudgetä...		
Extrabudgetäre Verordn...		
Vereinebarte Diagnosen für... E74.0; E75.0; E76.0; F84.0... G80.0 bis 4/8/9; G82.0- bi... Q04.0 bis 6/8/9; Q05.0 bis... Q90.0 bis 2/9; Q91.0 bis 7...		
Besonderer Verordnungsbe... B94.1 ⁹ ; C70.0/1/9 ⁹ ; C71.0 bis 9 ⁹ ; C72.0 bis 5/8/9 ⁹ ; F83 ¹⁰ ; G10; G11.0 bis 4/8/9; G20.1-... B94.1 ⁹ ; C70.0/1/9 ⁹ ; C71.0 bis 9 ⁹ ; C72.0 bis 5/8/9 ⁹ ; F83 ¹⁰ ; G10; G11.0 bis 4/8/9; G20.1-... G21.3; G21.4; G21.8; G35.0; G35.1-; G35.2-; G35.3-; G35.9; G36.0; G36.1; G36.8; G3... G37.0 bis 5/8/9; G70.0; G81.0; G81.1; I60.0 bis 9 ⁹ ; I61.0 bis 6/8/9 ⁹ ; I63.0 bis 6/8/9 ⁹ ; I6... I69.0 bis 4/8 ⁹ ; M30.0; M31.3; M33.0; M33.1; M33.2; M47.0- ⁶ i.V.m. G99.2; M47.1- ³ ... i.V.m. G99.2; M47.2- ⁶ i.V.m. G55.2; M47.9- ⁶ i.V.m. G99.2; M47.9- ⁶ i.V.m. G55.2; M48... i.V.m. G55.3; M50.0 ⁶ i.V.m. G99.2; M50.1 ⁶ i.V.m. G55.1; M51.0 ⁶ i.V.m. G99.2; M51.1 ⁶ ... i.V.m. G55.1; S14.0 ⁹ ; S14.1- ⁹ ; S14.2 ⁹ bis 6 ⁹ ; S24.0- ⁹ ; S24.1- ⁹ ; S24.2 ⁹ bis 6 ⁹ ; S34.0 ⁹ ; S34.1- ⁹ ; S34.2- ⁹ ; S34.3- ⁹ ; S34.4- ⁹ ; S34.5/6/8 ⁹ ; T09.3 ⁹		
Diagnosen für Blankoverordnungen: Details voraussichtlich ab März		

01

geb. am
09.12.60

nr. 3527 Status 1000000

Datum 07.01.2021

Heilmittelverordnung 13

Physiotherapie
 Podologische Therapie
 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
 Ergotherapie
 Ernährungstherapie

Unfall am 12.11.2020

symptomatik a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik
(Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Muskelfunktion

Diagnose	Behandlungseinheiten
Verletzung	120

besuch ja nein

Therapiefrequenz 1-5x wöchentlich

Bedarf

1. Befunde und Hinweise

366719610 019964200
 Dr. med. Stefan Bringhaus
 Neurologe
 Dümmelsbeker Weg 30, 24300 Kiel
 Tel. 334408 Fax 334409

(Handwritten Signature)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

9 = längstens 1 Jahr nach Akutereignis

Besonderheit Doppelbehandlung: Bei Heilmitteln, die als Doppelbehandlung verordnet worden sind, werden zwei Behandlungen im zeitlichen Zusammenhang erbracht. Die Berechnung der zwölf Wochen Frist muss das berücksichtigen. In diesem Fall müssen die 120 Behandlungseinheiten wegen Doppelbehandlung durch 2 geteilt werden. Das Ergebnis, nämlich 60 Behandlungstermine wird geteilt durch die Obergrenze der Frequenzspanne, hier 5. Das Ergebnis 12 bedeutet: Die Verordnung kann innerhalb von zwölf Wochen abgearbeitet werden.

Schritt 3 | Handelt es sich um eine extrabudgetäre Verordnung?

Liegt bei dem Patienten ein langfristiger Behandlungsbedarf (LHB) oder ein besonderer Verordnungsbedarf (BVB) vor, kann der Arzt Behandlungseinheiten über die Höchstmenge je Verordnung hinaus verordnen – und zwar für einen Zeitraum von zwölf Wochen. Daher müssen in diesem Schritt drei Punkte geprüft werden:

a) Steht die behandlungsbegründende Diagnose der jeweiligen Verordnung auf der Diagnoseliste des LHB (Anlage 2 HeilM-RL) oder auf der Diagnoseliste des BVB? Ein Blick in die verordnete Diagnosegruppe des HMK reicht. Einige Patienten haben einen langfristigen Hm-Bedarf genehmigt bekommen. Auch dann liegt ein LHB vor. Steht die Diagnose für diese Diagnosegruppe nicht in einer der beiden extrabudgetären Listen oder liegt kein individueller LHB vor, muss die Höchstverordnungsmenge eingehalten werden.

Haben Sie die Diagnose in einer der beiden extrabudgetären Listen der verordneten Diagnosegruppe gefunden, steht der nächste Punkt zur Prüfung an.

b) Einige, nicht alle extrabudgetären Diagnosen werden durch Altersangaben (z. B. älter als 70, jünger als zwölf etc.) eingeschränkt. Diese Altersgrenzen können von Ihnen überprüft werden, da Geburtsdatum und Ausstellungsdatum der Verordnung eine Prüfung erlauben. Außerdem werden manche extrabudgetären Diagnosen durch einen Zeitraum begrenzt, z. B. nach bestimmten Ereignissen (Unfall, OP etc.). Wird z. B. das OP-Datum im Diagnosefeld mit angegeben (aber auch nur dann), können Sie überprüfen, ob der Zeitraum eingehalten worden ist. Ergibt Ihre Berechnung in einem solchen Fall, dass ein Patient nicht alt genug oder zu alt ist, oder der Zeitraum seit dem Akutereignis überschritten wurde, dann gilt die Verordnung nicht als extrabudgetär, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung muss eingehalten werden.

Stimmen Alter und sonstige Einschränkungen, müssen Sie nur noch den letzten Punkt prüfen.

c) Die Behandlungseinheiten sollen in einem Zeitraum von zwölf Wochen erbracht werden können. Dazu rechnet man die Anzahl der Behandlungseinheiten geteilt durch die Obergrenze der Frequenzspanne. Das Ergebnis sollte kleiner oder gleich zwölf sein. Ist das Ergebnis Ihrer Prüfung größer als zwölf können Sie nach Rücksprache mit dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift auf der Rückseite der Verordnung die Frequenzspanne anpassen.

Für alle Fälle, bei denen die Höchstverordnungsmenge überschritten worden ist, gilt, dass eine Änderung der Menge nicht notwendig ist. Die zu viel verordneten Behandlungseinheiten verfallen einfach. Darüber sollte der Arzt jedoch informiert werden, damit er seine Budgetbuchhaltung entsprechend korrigieren kann.

Aufpassen: Behandlungen über die zulässige Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder bei extrabudgetären Verordnungen über die kalkulatorische Zwölf-Wochen-Frist hinaus, werden von den Kassen nicht bezahlt. ■ [bu]

Extrabudgetär verordnen lassen

So überzeugen Sie Vertragsärzte
und holen die beste Versorgung für
Ihre Patienten heraus

Ärzte halten sich bei der Heilmittelverordnung zurück, weil sie Angst vor einem Regress haben. Das ist verständlich, aber häufig unnötig. Denn es gibt eine einfache Lösung: extrabudgetäre Verordnungen. Wie der Name schon sagt, belasten sie das Heilmittelbudget der Ärzte nicht und bieten Patienten gleichzeitig eine bessere Versorgung. Doch leider kommen sie zu wenig zum Einsatz. Auf den folgenden Seiten lesen Sie, wie bei besonderen Verordnungsbedarfen und langfristigen Heilmittelbedarfen richtig verordnet wird und wie Sie die Verordnungsbereitschaft der Ärzte erhöhen.





Diese Artikel lesen Sie zum Schwerpunkt **Extrabudgetär**


Teil 01 Leistungsanspruch vs. Heilmittelbudget	Seite 14
Teil 02 Verordnen ohne wirtschaftliches Risiko	Seite 16
Teil 03 Besonderer Verordnungsbedarf	Seite 18
Teil 04 Langfristiger Heilmittelbedarf	Seite 20
Teil 05 Verordnungsbereitschaft erhöhen	Seite 24
Teil 06 Arztgespräche erfolgreich lenken	Seite 26

Teil 01 Leistungsanspruch vs. Heilmittelbudget

Wieso Ärzte, Patienten und Therapeuten von extrabudgetären VOen profitieren

Was Ärzte verordnen dürfen, regelt der Heilmittelkatalog. Gleichzeitig müssen Vertragsärzte aber auch auf ihre Heilmittelbudgets achten, sonst können Regresszahlungen drohen. Indem Therapeuten Ärzte dabei unterstützen, extrabudgetär zu verordnen, schlagen sie zwei Fliegen mit einer Klappe: Die Patienten erhalten die benötigte Therapie und die Ärzte müssen sich keine Sorgen um Wirtschaftlichkeitsprüfungen machen. Um überzeugend zu argumentieren, ist es wichtig, das Spannungsfeld zwischen Leistungsanspruch und Wirtschaftlichkeitsgebot zu kennen.

Gesetzlich Krankenversicherte haben einen rechtlichen Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln. Wie dieser genau aussieht, ist im Heilmittel-Katalog des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Dieses oberste Organ der Selbstverwaltung der GKV bestimmt, was zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben möglich ist – und was nicht.



Wirtschaftlichkeitsgebot in §12 SGB V (1): „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftliche sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Dem Leistungsanspruch der Versicherten, wie er im Heilmittel-Katalog geregelt ist, stehen die Heilmittelbudgets der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gegenüber. Sie richten sich nicht nach dem Leistungsanspruch der Versicherten und wurden nie mit dem Heilmittel-Katalog abgeglichen, sondern orientieren sich an den Heilmittelausgaben der Vergangenheit im jeweiligen KV-Gebiet. So kommt es, dass etwa in Sachsen pro 1.000 Versicherte doppelt so viele Therapieeinheiten verordnet werden wie in Westfalen-Lippe. Dabei gilt überall der gleiche Heilmittel-Katalog und die Patienten haben den gleichen Anspruch auf Heilmittelleistungen.

Kostenkontrolle: Ein notwendiges Übel

Im Prinzip funktioniert das System so, dass die Ärzte Gutscheine für eine Leistung ausstellen (Verordnung), die die Patienten dann in der Heilmittelpraxis einlösen. Die Krankenkassen bezahlen. Dabei wollen die Krankenkassen natürlich eine gewisse Kontrolle über die Kosten behalten. Das ist völlig berechtigt. Schließlich liegt es auch im Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherten, dass die Krankenkassen die Beiträge nicht verschwenden, sondern davon nur Behandlungen bezahlt werden, die auch wirklich nötig und sinnvoll sind.

Durch die Heilmittelbudgets wird nun Druck auf die Ärzte ausgeübt, nicht zu viele Verordnungen auszustellen. Denn wenn

sie ihr Budget überschreiten, können sie für ihre Ausgaben über Budget möglicherweise in Regress genommen werden. Um nun die beste Versorgung für die Patienten herauszuholen, können Therapeuten die Ärzte dabei unterstützen, extrabudgetär, also ohne wirtschaftliches Risiko, zu verordnen – etwa indem sie den Therapiebedarf in den Berichten besonders hervorheben (Mehr dazu auf Seite 24).



Wirtschaftlichkeitsprüfung kurz erklärt

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jedes Jahr Rahmenvorgaben nach § 86 Abs. 6 und 7 SGB V. Auf dieser Basis werden zwischen den Kassen und der jeweiligen regionalen KV regionale Prüfvereinbarungen geschlossen. Dem entsprechend erfolgen individuelle Wirtschaftlichkeitsprüfungen der einzelnen Ärzte.

Die Prüfverfahren können sich an verschiedenen Werten orientieren:

■ Richtgrößen/Richtwerte

Bei der Prüfung nach Richtgrößen bzw. Richtwerten werden diese mit den Fällen der Arztpraxis multipliziert und ergeben das jeweilige Heilmittelbudget. Wird dieses um mehr als 25 Prozent überschritten, droht ein Regress.

■ Durchschnittswerte

Bei der Prüfung nach Durchschnittswerten werden im Nachhinein die durchschnittlichen Verordnungskosten der Facharztgruppen miteinander verglichen.

Hier kann eine Überschreitung von 45 bis 70 Prozent zu Regressen führen.

■ Wirtschaftlichkeitsziele

In diesem Fall führt es zu Regressen, wenn die vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele nicht erreicht werden.

■ MRG-Auffälligkeitsprüfung

Die sogenannte MRG-Auffälligkeitsprüfung (Morbidity Related Groups) bedient sich einer Art gewichteten Richtgröße, die zu einem etwas mehr an die Morbidität der jeweiligen Patientengruppe angepassten Heilmittelbudget führt.

Es würden den Rahmen sprengen, hier auf das Prüfverfahren jeder KV mit seinen Besonderheiten einzugehen. Aber werfen Sie doch mal einen Blick in die Prüfvereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung in Ihrer Region. So können Sie das Verhalten der Ärzte besser nachvollziehen und Ihre Argumentation entsprechend anpassen. In der Regel finden Sie diese problemlos auf der Website der jeweiligen KV.

Keine Heilmittelbudgets für Zahnärzte

Auch Vertragszahnärzte können Heilmittel verordnen. Sie müssen sich dabei jedoch keine Gedanken um festgelegte Budgets machen. In einer Publikation der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zur zahnärztlichen Heilmittelverordnung heißt es zum Thema Wirtschaftlichkeit: „Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung für die vertragszahnärztliche Heilmittelverordnung keine Richtgrößenvereinbarungen nach § 84 Abs. 6 und 7 SGB V bestehen.“ Allerdings sind auch bei Zahnärzten Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Einzelfälle möglich.



Regionale Prüfvereinbarungen nachschlagen

Die Prüfvereinbarungen und Regeln zur Wirtschaftlichkeitsprüfung von Heilmitteln werden in jedem KV-Gebiet unterschiedlich gehandhabt. Wenn Sie wissen wollen, nach welchen Regeln in Ihrem KV-Gebiet geprüft wird, lohnt sich ein Blick in die [up|plus Wissensdatenbank www.praxisfragen.de](http://www.up|plus.wissensdatenbank.de).

Teil 02 Verordnen ohne wirtschaftliches Risiko

Besonderer Verordnungsbedarf und langfristiger Heilmittelbedarf



Manche Diagnosen erfordern besonders viel Therapie. Dazu können etwa ein plötzlich eingetretenes Ereignis wie ein Schlaganfall oder eine angeborene Erkrankung wie Mukoviszidose gehören. Damit Ärzte diesen Patienten die nötige Heilmitteltherapie verordnen können ohne ihr Budget zu sprengen, gibt es die Möglichkeit der extrabudgetären Verordnung. Dazu zählen der „Besondere Verordnungsbedarf“ (BVB) und der „Langfristige Heilmittelbedarf“ (LHB). Wir zeigen Ihnen, was dabei zu beachten ist. Bei bestimmten Erkrankungen ist von Anfang an klar, dass Patienten einen erhöhten Therapiebedarf haben werden, der nicht über die orientierende Behandlungsmenge abzudecken ist. Damit diese Patienten nicht das Budget der Ärzte überstrapazieren bzw. nicht jedes Mal eine Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit der extrabudgetären Verordnung geschaffen. Hier ein kurzer Überblick, bevor wir auf den folgenden Seiten auf die Feinheiten eingehen.

Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband legen in einer gesonderten Diagnoseliste fest, bei welchen Erkrankungen Patienten oftmals mehr Heilmittel benötigen und daher einen besonderen Verordnungsbedarf (BVB) haben. Zudem haben die KV Sachsen und die KV Nordrhein zusätzlich regionale besondere Verordnungsbedarfs bzw. Praxisbesonderheiten vereinbart. Anders als beim langfristigen Heilmittelbedarf werden die Kosten für BVB-Verordnungen erst bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen der Vertragsärzte herausgerechnet. Wie beim LHB wird auch beim BVB die medizinische Begründung nicht mehr auf der Verordnung dokumentiert. Es reicht die Dokumentation in der Arztpraxis. Heilmittelerbringer können die Ärzte hier mit ihren Therapieberichten unterstützen (Mehr dazu auf Seite 18).

Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

Der G-BA hat eine Liste mit Indikationen festgelegt, bei denen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Für Diagnosen, die auf dieser Liste stehen, ist ein gesondertes Antrags- und Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen nicht erforderlich. Ist die Erkrankung jedoch nicht aufgeführt, können Patienten bei ihrer Krankenkasse einen individuellen Antrag auf Genehmigung stellen (mehr zum langfristigen Heilmittelbedarf lesen Sie ab Seite 20). LHB-Verordnungen sind sicher extrabudgetär und unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Frequenzdiskussion beendet

Auf LHB- und BVB-Verordnungen können direkt Heilmittel für bis zu zwölf Wochen verordnet werden. Dabei muss die Verordnungsmenge in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz so kalkuliert werden, dass ein Zeitraum von bis zu zwölf Wochen nicht überschritten wird. Bisher war es dabei ein Problem, dass die meisten Krankenkassen bei einer Frequenzspanne (von – bis) immer auf den niedrigsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge zurückgegriffen haben. Mit der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie hat sich das geändert, denn § 7 Abs. 6 stellt klar, „dass im Falle der Angabe einer Frequenzspanne immer auf den höchsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge je Verordnung zurückzugreifen ist.“

Ein Beispiel:

Nach der neuen Regelung gilt für 24 Behandlungseinheiten KG mit einer Frequenz 1-2 pro Woche die GKV-Berechnung: $24/2 = 12$. Die Verordnungsmenge auf der VO ist gültig. Zum Vergleich: Früher hätten die meisten Krankenkassen $24/1 = 24$ gerechnet und damit eine ungültige Menge festgestellt.

Was bedeutet „extrabudgetär“?

Jeder Arzt hat für die Verordnung von Heilmitteln ein Budget. Wie dieses bestimmt wird, hängt von der jeweiligen KV ab. Budgets, die sich durch Heilmittel-Richtgrößenvolumen ergeben, sind vorab bekannt. Werden diese um mehr als 25 Prozent oder die Fachgruppendurchschnitte um mehr als 50 Prozent überschritten, kann der Arzt in Regress genommen werden. Ergibt sich das Budget aus den Durchschnittsverordnungen der jeweiligen Facharztgruppe, wird es im Nachhinein ermittelt. In beiden Fällen gilt: Das Budget des Arztes hängt von statistischen Durchschnittswerten ab (Heilmittel-Richtgrößenvolumen oder Budgetierung nach Durchschnittsverordnungen). Nicht „durchschnittliche“ Verordnungen werden aus dem Budget herausgerechnet, sie sind dann extrabudgetär.

Prüfen: Extrabudgetäre Verordnung?

Auf der neuen Verordnung Muster 13 ist nicht direkt erkennbar, ob es sich um einen besonderen Verordnungsbedarf oder einen langfristigen Heilmittelbedarf handelt. Es gibt kein entsprechendes Feld, das angekreuzt werden kann. Bei Verordnungen mit vielen Behandlungseinheiten sollten Therapeuten daher prüfen, ob hier ein BVB oder LHB vorliegt. Denn ist dies nicht der Fall und die Höchstmenge je Verordnung wird überschritten, tragen die Therapeuten das wirtschaftliche Risiko, dass die zu viel verordneten Behandlungen von der Krankenkasse nicht bezahlt werden.

Hintergrund: Mit Inkrafttreten der neuen HeilM-RL gibt es keine VO außerhalb des Regelfalls mehr. Jetzt können Ärzte zwar auch weiterhin über die orientierende Behandlungsmenge hinaus VO ausstellen, dabei gilt jedoch jeweils die Höchstmenge je VO weiter. Die bisherige Möglichkeit, mit einer VO außerhalb des Regelfalls Heilmittel für einen Zeitraum von zwölf Wochen verordnen zu können ist damit seit dem 1. Januar 2021 weggefallen.

Tipp: Geben Sie die VO in Ihre Praxissoftware ein. Diese zeigt Ihnen an, ob es sich um eine extrabudgetäre Verordnung handelt.

Teil 03 Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)

Darauf kommt es bei der Verordnung an



Im Januar 2017 wurden die besonderen Verordnungsbedarfe (BVB) gemäß § 106 b SGB V in das Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeführt. Sie werden im Falle einer Prüfung aus dem Heilmittelausgabenvolumen des Arztes herausgerechnet und ermöglichen es Ärzten so, für die gelisteten Diagnosen viel Heilmittel zu verordnen, ohne damit ihr Budget zu belasten oder einen Regress zu riskieren.

Seit Inkrafttreten der neuen HeilM-RL am 01. Januar 2021 müssen Patienten nicht mehr zunächst den Regelfall durchlaufen, wie dies noch nach der alten Fassung der HeilM-RL der Fall war. Für Indikationen mit besonderem Verordnungsbedarf gilt nun das Gleiche wie bei langfristigem Heilmittelbedarf: Liegt die entsprechende Indikation vor, können Ärzte direkt für bis zu zwölf Wochen verordnen (siehe § 7 Abs. 6 HeilM-RL). Dennoch sind Ärzte oft skeptisch, wenn es darum geht, lange Verordnungen auszustellen. Dabei sind die Informationen zu BVB auch in deren Software hinterlegt. Anhand der Diagnoselisten können Sie zögerlichen Ärzten jedoch aufzeigen, wie sie ganz einfach extrabudgetär verordnen können.

Die richtige Diagnose finden

Bei manchen Diagnosen ist der besondere Verordnungsbedarf befristet, z. B. auf ein Jahr nach Akutereignis. Hier lassen sich aber oftmals andere, ebenfalls zutreffende Diagnosen finden, die keine solche zeitliche Einschränkung haben (s. Beispiel Schlaganfall). Für Patienten ab vollendetem 70. Lebensjahr sind besonders die unter „Geriatrische Syndrome“ gelisteten Diagnosen interessant. Wer hier genau hinschaut und mit dem Arzt spricht, findet für diese Altersgruppe sicher Heilmittel, die sich extrabudgetär verordnen lassen. Sie können auch in einem Therapiebericht auf eine dieser Diagnosen hinweisen.

Die Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf/besonderer Verordnungsbedarf finden Sie hier: www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_Druckversion.pdf

Arzt muss BVB selbst kennzeichnen

Der Arzt muss über seine extrabudgetären Verordnungen, die den besonderen Verordnungsbedarf und regionale Praxisbesonderheiten betreffen, selbst buchführen. Denn diese werden erst bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung aus seinem Heilmittelvolumen herausgerechnet. Das heißt, in den Verordnungsstatistiken, die ihm seine KV schickt, wird er immer als auffällig erscheinen. Jedes ärztliche Praxisverwaltungssystem ermöglicht es aber, Verordnungen als extrabudgetär zu kennzeichnen, sodass der Arzt auf diesem Weg den Überblick über seine tatsächlichen Heilmittelausgaben behalten kann.

Datum des Akutereignisses

Eine Verordnung ist schneller als „extrabudgetär“ zu erkennen, wenn – wo immer das passt – das Datum des Akutereignisses auf der VO angegeben wird. Ohne diese Information lässt sich nicht prüfen, ob eine mögliche zeitliche Beschränkung des BVB eingehalten wird und die VO über die Höchstmenge je Verordnung hinaus behandelt werden kann. Ist kein Datum des Akutereignisses angegeben, können und müssen Heilmittelerbringer die VO dahingehend auch nicht prüfen. Dann liegt es in der Verantwortung des Arztes.

Tipp: Bei BVB-Verordnungen kann es vorkommen, dass 100 oder mehr Behandlungseinheiten zu einer VO gehören. Die entsprechenden Unterschriften der Patienten sammeln Sie dann einfach auf einem Beiblatt.



Beispiel: BVB bei Schlaganfall

Schlaganfall (I63.0) ist in der Diagnoseliste als besonderer Ordnungsbedarf benannt. Dabei gilt eine Frist von bis zu einem Jahr nach Akutereignis. Die medizinischen Leitlinien empfehlen hier Intensivtherapie. Dennoch verordnen Ärzte hier häufig zurückhaltend – aus Angst um ihr Budget, obwohl es sich hier um eine extrabudgetäre Verordnung handelt. Es gilt also, Überzeugungsarbeit zu leisten. Nutzen Sie als Argument die medizinischen Leitlinien (www.awmf.org).

Wichtig: Der Heilmittelkatalog kennt hier keine Einschränkung bezüglich der maximalen Frequenz je Heilmittel. Eine Intensivtherapie könnte also so aussehen:

6 x Woche KG-ZNS als Doppelbehandlung

Das entspräche einer Verordnung mit 144 Einheiten KG-ZNS als Doppelbehandlung mit der Frequenz 1 – 6 (72 Doppelbehandlung/6 x jede Woche = 12 Wochen).

Eine solche Verordnung ist medizinisch sinnvoll, gemäß Heilmittel-Katalog formal erlaubt und innerhalb des ersten Jahres nach Akutereignis sicher extrabudgetär.

Das ist auch möglich, weil Doppelbehandlung in der Neufassung der Heilm-RL § 12 Abs. 8 explizit genannt ist: „Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein ergänzendes Heilmittel. Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden.“

Tipp: Auch ein Jahr oder länger nach Akutereignis lässt sich Heilmitteltherapie für Schlaganfallpatienten weiter extrabudgetär verordnen. Dazu müssen Sie nur die passende behandlungsbegründende Diagnose finden. Dafür kommt z. B. G81.0 Schlanfe Hemiparese und Hemiplegie in Frage. Hier gibt es für Physiotherapie (ZN) und Ergotherapie (EN1) keine zeitliche Einschränkung.

Teil 04 Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

Diese beiden Möglichkeiten gibt es

Es gibt unterschiedliche Gründe, warum Patienten längerfristig auf Heilmitteltherapie angewiesen sind. Neben dem besonderen Verordnungsbedarf (BVB) gibt es noch den langfristigen Heilmittelbedarf, der meist ins Spiel kommt, wenn Patienten unter schweren, dauerhaften Erkrankungen leiden. Für Patienten gibt es zwei Wege, langfristig Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie zu erhalten.

Physiotherapie

3. Erkrankungen der inneren Organe

3.1 Atmungsorgane

Diagnosegruppe **AT**

1 Diagnosegruppe identifizieren Mindest. 1 ICD-10 plus ggf. Diagnoseset

Störungen der Atmung
z. B.

- Pneumonie (z.B. J15.- oder J17.-), Pleuritis (R09.1)
- Asthma bronchiale (J45.-)
- COPD (J44.-)
- Lungenemphysem
- Lungenfibrose
- Thoraxverletzung, -operation, einschließlich Tracheostoma
- ZNS- und Erkrankungen des Rückenmarks
- neuromuskuläre Erkrankungen
- bei chronisch persistierenden Atemwegserkrankungen wie
 - Mukoviszidose (E84.-)
 - Bronchiektasie (J47)
 - primäre ziliäre Dyskinesie

Weitere beispielhafte Diagnosen (redaktionell bearbeitet):
A48.-; B05.-; B25.-; B90.-; C45.-; C76.-; C78.-; D86.-; I26.-; I27.-; I28.-; J10.- bis J18.-; J40 bis J47; J60 bis J70.-; J90- bis J99.-; S22.- bis S29.-; T09.-

Hinweis: Die hier abgebildeten Beispieldiagnosen sind nicht abschließend.

1a Optional: VO extrabudgetär markieren VO-Menge für Zeitraum von 12 Wochen möglich

Extrabudgetäre Verordnungen:

Vereinbarte Diagnosen für langfr. Heilmittelbedarf (gemäß § 32 Abs. 1a SGB V (vgl. Anlage 2 Heilm-RL)):
E74.0; E75.0; E76.0; E84.-; F84.2; G12.0; G12.1; G12.2; G12.8; G12.9; G14; G71.0;
J44.00; J44.10; J44.80; J44.90; M05.0-; M32.1; M32.8; M34.0; M34.1; Q01.0; Q01.1;
Q01.2; Q01.8; Q01.9; Q03.0; Q03.1; Q03.8; Q03.9; Q04.0; Q04.1; Q04.2; Q04.3; Q04.4;
Q04.5; Q04.6; Q04.8; Q04.9; Q05.0; Q05.1; Q05.2; Q05.3; Q05.4; Q05.5; Q05.6; Q05.7;
Q05.8; Q05.9; Q06.0; Q06.1; Q06.2; Q06.3; Q06.4; Q06.8; Q06.9; Q71.0; Q71.1; Q71.2;
Q71.3; Q71.4; Q71.5; Q71.6; Q71.8; Q71.9; Q72.0; Q72.1; Q72.2; Q72.3; Q72.4; Q72.5;
Q72.6; Q72.7; Q72.8; Q72.9; Q73.0; Q73.1; Q73.8; Q87.4; T90.5¹²

Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel (nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V):
M05.1- bis 3-/8-/9-; M34.2; M34.8; M34.9; M41.2-; M41.5-; P27.1; P27.8; S14.0⁹;
S14.1-⁹; S14.2⁹ bis 6⁹; T09.3⁹

Diagnosen für Blankoverordnungen: Details voraussichtlich ab März 2021

Möglichkeit 1

Langfristiger Heilmittelbedarf
(gemäß Anlage 2 Heilmittel-Richtlinie)

Hat ein Patient eine Erkrankung, deren Diagnose in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie geführt wird, handelt es sich um einen langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) im Sinne von § 32 Abs. 1 a SGB V. Die Diagnoseliste in Anlage 2 definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Ärzte können für diese Diagnosen direkt eine Verordnung für zwölf Wochen ausstellen. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen entfällt in diesem Fall.

Wichtig für die Verordnung: Ärzte müssen den endstelligen, in Anlage 2 festgelegten ICD-10-Code in Verbindung mit einer vereinbarten Diagnosegruppe auf der Verordnung angeben. Nur dann fällt sie unter den langfristigen Heilmittelbedarf und gilt für den Arzt als extrabudgetär.

Verordnungsscheck: Besteht langfristiger Heilmittelbedarf und ist sie extrabudgetär?

- Diagnose des Patienten ist in Anlage 2 aufgeführt
- Diagnosegruppe ist in Anlage 2 genannt
- Die Diagnose ist als vereinbarter ICD-10-Code in Kombination mit einer vereinbarten Diagnosegruppe auf der Verordnung notiert
- Die Anzahl der Behandlungseinheiten geteilt durch den oberen Wert der Frequenzspanne ist kleiner oder gleich zwölf Wochen.

⇒ Die Verordnung ist automatisch extrabudgetär

Beispiel Physiotherapie: Ein Patient kommt mit einer Verordnung und Sie möchten prüfen, ob langfristiger Heilmittelbedarf gemäß Anlage 2 besteht. Gehen Sie wie folgt vor:

1. J44.00 bedeutet: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35% des Sollwertes – in Anlage 2 geführt?

Antwort: Ja

2. Auf der Verordnung steht die Diagnosegruppe AT. Passt dies zur Diagnose?

Antwort: Ja

3. Der Arzt hat 60 Behandlungseinheiten bei einer Frequenz von ein- bis fünfmal pro Woche angegeben. Ist die Höchstmenge geteilt durch die Frequenz kleiner/gleich zwölf Wochen?

Antwort: Ja, 60/5 = 12

⇒ Die Verordnung ist extrabudgetär und es besteht ein langfristiger Heilmittelbedarf

Exkurs

Umgang mit dem Heilmittelkatalog online

Sie können im Heilmittelkatalog auf verschiedenen Wegen erkennen, ob eine Diagnose zum LHB gehört. Gehen Sie dazu auf www.heilmittelkatalog.app (für die Premium-Nutzung ist eine Registrierung erforderlich).

Beispiel 1 | Sie haben eine Ergotherapie-Verordnung vorliegen. Dort ist die Diagnosegruppe SB2 vermerkt „Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane“. Wenn Sie im Heilmittelkatalog auf Ergotherapie gehen, dann auf SB2 klicken, gelangen Sie zu einer Übersicht. Unter 1a finden Sie dann alle Diagnosen, die extrabudgetär verordnet werden können, also auch jene für den LHB gemäß Anlage 2.

Beispiel 2 | Ein Arzt kann zudem gezielt nach Erkrankungen suchen und sich dann die entsprechenden Diagnosen auflisten lassen, wie „Skoliose“. Ihm wird dann die Diagnosegruppe WS angezeigt. Klickt er darauf, kann er ebenfalls sehen, welche Diagnosen unter den LHB fallen, beispielsweise F84.2 „Tief greifende Entwicklungsstörungen Rett-Syndrom“.

Beispiel 3 | Sie können auch nach Diagnosen suchen, um herauszufinden, ob LHB besteht. Geben Sie dazu einfach in die Suche den ICD-10-Code, wie „J.44“ ein. Dann erscheint die Diagnosegruppe AT „Störungen der Atmung“. Klicken Sie dies an und schon können Sie ablesen, dass J.44 zum langfristigen Heilmittelbedarf gehört.

Beispiel 4 | Gehen Sie einfach auf Ihr Fachgebiet und klicken Sie dann ganz links im Reiter auf den Stern. Dort werden Ihnen alle Diagnosen angezeigt, die unter den LHB fallen.

Hinweis: Achten Sie bei der Recherche immer darauf, ob auch Ihre Fachgruppe, also Physio-, Ergotherapie oder Logopädie, angezeigt wird. Nur weil eine Diagnose bei der Physiotherapie langfristig verordnet werden kann, muss dies nicht für andere Heilmitteltherapie gelten.

Möglichkeit 2

Langfristiger Heilmittelbedarf auf Antrag (gemäß § 32 Abs. 1 a SGB V)

Es gibt jedoch auch Patienten, die an Erkrankungen leiden, deren Diagnosen nicht auf der Diagnoseliste in Anlage 2 gelistet sind. Diese Patienten können dann bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf stellen (gemäß § 8 Abs. 3 HeilM-RL). Sie können Ihre Patienten bei diesen Anträgen jedoch unterstützen.

Der G-BA stellt zudem eine Patienteninformation zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs (www.g-ba.de/richtlinien/12/) zur Verfügung, die Sie und Ihre Patienten als Leitfaden nutzen können.

Physiotherapie

3.1 Atmungsorgane – AT

2 Leitsymptomatik bestimmen 1 oder mehrere Leitsymptomatiken

Leitsymptomatik:

Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung

a) Schädigung/Störung der Atmungsfunktion

z. B.

- bronchiale Obstruktion
- Atemfrequenz, -rhythmus, -tiefe
- Husten (mit und ohne Auswurf)
- Dyspnoe

b) Schädigung der Atemmuskulatur (einschließlich Zwerchfell und Atemhilfsmuskulatur)

z. B.

- Thorakale Schmerzen

x) [patientenindividuelle Symptomatik]

3 Heilmittel auswählen 1 bis 3 vorrangige Heilmittel

Vorrangige Heilmittel

- KG (Atemtherapie)
- KG (Atemtherapie) Gruppe
- KG-Muko
- Inhalation
- BGM

Ergänzende Heilmittel Bei Bedarf 1 ergänzendes Heilmittel

- KMT
- Wärmetherapie (insbesondere Heiße Rolle)
- Inhalation

4 Menge und Frequenz festlegen

Höchstmenge je VO¹⁵: bis zu 6 x / VO

Orientierende Behandlungsmenge¹⁵:

- bis zu 18 Einheiten
 - bis zu 50 Einheiten bei Mukoviszidose oder bei vergleichbaren pulmonalen Erkrankungen
- Die Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall für Maßnahmen der Massage-therapie gilt hier nicht (vgl. § 12 Absatz 7 HeilM-RL).

Frequenzempfehlung: 1 - 3 x wöchentlich

Innerhalb von
12 Wochen
leistbar?

AT

Teil 4 Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)



4 Schritte zum Ziel

1. Schwere und Dauer der Erkrankung definieren

Check: Liegt eine schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung vor und umfasst der Heilmittelbedarf mindestens ein Jahr?

⇒ Nur wenn alle drei Punkte mit Ja beantwortet werden können, liegt ein langfristiger Heilmittelbedarf vor.

2. Diagnoselisten überprüfen

Check 1: Steht die Erkrankung auf der Diagnoseliste in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie?

Wenn ja, ist kein Antrag nötig.

Wenn nein:

Check 2: Steht die Erkrankung auf der Diagnoseliste zu besonderen Verordnungsbedarfen und sind dort alle aufgelisteten Nebenbedingungen erfüllt?

Wenn ja, ist kein Antrag nötig.

Wenn nein:

Check 3: Gibt es alternative Diagnosen oder Sekundär-Codes, die auf einer der beiden Listen stehen?

Wenn ja, ist kein Antrag nötig. Dann sollten Sie die Diagnosen einfach anpassen lassen.

3. Nach Vergleichbarkeit suchen

Können Sie alle oben genannten Punkte mit Nein beantworten, gibt es noch die Möglichkeit, in den Diagnoselisten nach Erkrankungen bzw. Schädigungen zu suchen, die mit denen des Patienten vergleichbar sind. Dies können auch mehrere sein.

4. Antrag bei der Krankenkasse stellen

Generell muss der Arzt, der die Heilmittel verordnet, auch die Begründung für den Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf verfassen. Er kann aber auch auf Fremdbefunde zurückgreifen – also auf Ihre Therapieberichte. Die Patienten senden dann den schriftlichen Antrag, eine Kopie einer gültigen Verordnung sowie der medizinischen Begründung an ihre Krankenkasse.

Achtung: Die Heilmittel-Behandlung kann weitergeführt

werden, solange der Antrag läuft. Die verordnete Höchstverordnungsmenge je Verordnung dürfen Sie jedoch nicht überschreiten. Auf Seite 24 lesen Sie, wie Sie die Verordnungsbereitschaft der Ärzte erhöhen.

Die Krankenkasse hat dann vier Wochen Zeit, den Antrag zu prüfen. Ihr Patient sollte dabei unbedingt darauf verzichten, bei der Kasse nachzufragen. Denn überschreitet die Krankenkasse die Frist, gilt der Antrag automatisch als genehmigt. Sollte er abgelehnt werden, ist unbedingt Widerspruch einzulegen.

Ärzte auf extrabudgetäre Verordnungen aufmerksam machen

Obwohl Verordnungen mit langfristigem Heilmittelbedarf extrabudgetär sind und somit nicht bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte herangezogen werden, ist noch immer nicht allen Ärzten bekannt, wie sie extrabudgetär verordnen können. Sie können die Ärzte jedoch darauf aufmerksam machen – wie Sie das am besten anstellen und welche Möglichkeiten es gibt, lesen Sie ab Teil 5 in diesem Schwerpunkt.

Hinweis: Für Zahnärztliche Verordnungen gibt es übrigens keine Diagnoselisten, weil Zahnärzte kein Budget einzuhalten haben. Daher spielen extrabudgetäre Verordnungen hier keine Rolle. Aber auch mit einer zahnärztlichen Verordnung und Begründung kann der Patient einen langfristigen Heilmittelbedarf bei seiner Krankenkasse beantragen.

1. ICD-10	2. ICD-10	DIAGNOSE	DIAGNOSEGRUPPE			
			PHYSIO-THERAPIE	ERGO-THERAPIE	STIMM-, SPRACH-, SPRACH-, SCHLUCKTHERAPIE	HINWEIS/SPEZIFIKATION
ZUSTAND NACH OPERATIVEN EINGRIFFEN DES SKELETTSYSTEMS						
M23.5	Z98.8	Chronische Instabilität des Kniegelenks	EX/LY	SB2		längstens 6 Monate nach Akutereignis
M24.41	Z98.8	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion	EX	SB2		
Z89	Z98.8	Extremitätenverlust	EX	SB2		Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX	SB2		
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese	EX/LY	SB2		
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese				
ERKRANKUNGEN DES LYMPHSYSTEMS						
C00- C97		Bösartige Neubildungen	LY			bösartige Neubildungen nach OP/Radiatio, insbesondere bei - bösartigem Melanom - Mammakarzinom - Malignome Kopf/Hals - Malignome des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Harnorgane)
I89.01		Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II	LY			
I89.02		Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III				
I89.04		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II				
I89.05		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III				
I97.21		Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium II				
I97.22		Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium III				
I97.82		Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium II				
I97.83		Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium III				
I97.85		Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium II				
I97.86		Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium III				
Q82.01		Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II				
Q82.02		Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III				
Q82.04		Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II				
Q82.05		Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III				

14 Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 37 Abs. 1a SGB V Besonderer Verordnungsbedarf nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

Ausschnitt aus der Diagnoseliste der KBV in der Diagnosen des LHB und des BVB gemeinsam gelistet sind



Teil 05 Verordnungsbereitschaft erhöhen

Wie Sie mit aussagekräftigen Berichten die Begründung für den Therapiebedarf liefern

Ärzte müssen den langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) medizinisch begründen, sofern die Diagnose nicht in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelistet ist und die Patienten einen Antrag bei ihrer Krankenkasse auf LHB stellen müssen (§ 8 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie). Die wenigsten Ärzte haben die Zeit und Lust, eine ausführliche medizinische Begründung zu schreiben, einigen fehlen auch wichtige Informationen. Überlassen Sie also nichts dem Zufall und liefern Sie dem Arzt mit Ihrem Bericht die Begründung für den Therapiebedarf. Ärzte dürfen dafür nämlich auf Fremdbefunde zurückgreifen (§§ 6a, Abs. 1 und 2 HeilM-RL). Wie Sie dabei am besten vorgehen, zeigen wir Ihnen kompakt zusammengefasst.

Punkt 1 | Therapiebedarf definieren

Der Therapiebedarf wird in § 3 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie wie folgt definiert:

„Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

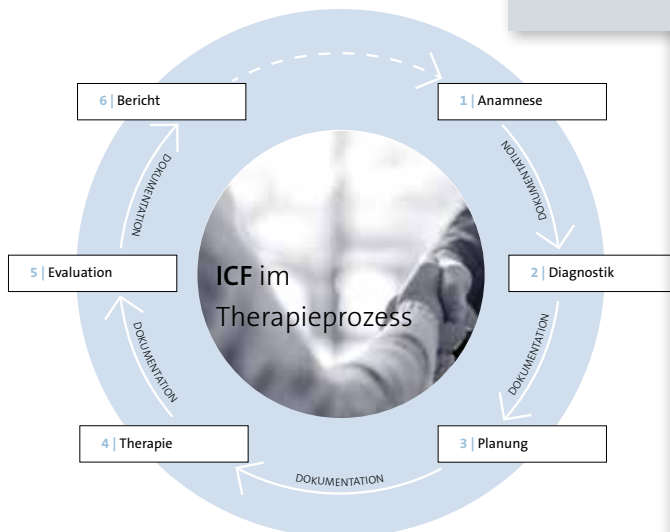
- eine Krankheit zu heilen,
- ihre Verschlimmerung zu verhüten,
- Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
- oder zu mindern.“

Für Sie bedeutet das: Nutzen Sie diese sieben Indikations-Korridore, um in Ihren Therapieberichten zu begründen, warum es wichtig ist, Heilmitteltherapie zu verordnen. Sie sollten Standard und Basis eines jeden Therapieberichts sein.

Exkurs

Begutachtungsanleitung Heilmittel

Die Grundstruktur der medizinischen Begründung umfasst den Therapiebedarf sowie die Therapiefähigkeit, -prognose und das -ziel (§ 8 Abs. 5 HeilM-RL). Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDK) definiert in der Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V „Ärztlich verordnete Heilmittel“ die Inhalte. Die Begutachtungsanleitung können Sie hier herunterladen: <https://tinyurl.com/y55twvm8>



Punkt 2 | Zustand der Patienten ermitteln

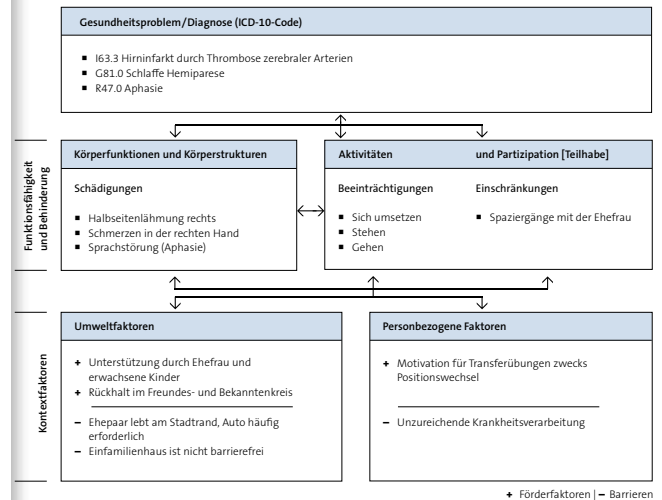
„Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind“, so steht es in § 3 Abs. 3 der Heilmittel-Richtlinie.

Für Sie bedeutet das: Unterstützen Sie die verordnenden Ärzte dabei, indem Sie den Zustand des Patienten selbst ermitteln und im Therapiebericht aufnehmen.

Punkt 3 | Indikation konkretisieren

Laut § 3 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie ist die alleinige Diagnose keine Begründung für die Verordnung von Heilmitteln. Sie ergibt sich vielmehr „aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.“

Für Sie bedeutet das: Unterstützen Sie die Ärzte mit zusätzlichen Informationen, indem Sie die Notwendigkeit der Therapie mithilfe der Indikationsbeschreibung begründen. Dafür eignet sich etwa das bio-psycho-soziale Modell der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Diese vercodet die Lebensqualität – ein Aspekt, der in der Heilmittel-Richtlinie von immer größerer Bedeutung ist – und zeigt die Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF auf. Diese umfassen: Gesundheitsproblem, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe), Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren.



Die Grafiken sind Teil einer ICF-Serie in [up_therapiemanagement 02/2020 bis 08/2020](#). [up](#)-Abonnenten finden die Beiträge online unter www.up-aktuell.de → [up_therapiemanagement](#)

Tip: Die HMK.APP bietet die Möglichkeit, für die einzelnen Diagnosegruppen ICF-Befundbögen zu erstellen. Klicken Sie in dem Reiter dafür rechts auf das Feld ICF. Dann öffnet sich eine Maske mit Auswahlmöglichkeiten zum Alter des Patienten, zu Beruf/Schule/Ausbildung, zur Körperregion und zu den in Frage kommenden ICF-Klassifikationen. Den Befundbogen können Sie dann als Grundlage für den Bericht nutzen.

Sie können über die App auch einen Patientenfragebogen ausdrucken, den der Patient dann selbst ausfüllt. Zum einen können Sie so Ihre Therapieplanung darauf abstimmen und zum anderen kann der Patient den Bogen direkt seinem Arzt als Befund mitgeben.

Tipps für den „perfekten“ Therapiebericht

- Machen Sie sich als allererstes bewusst, was Sie dem Arzt in dem ausführlichen Therapiebericht inhaltlich liefern müssen, damit er weiter verordnet. Denn genau das ist das Ziel, das Sie mit dem Therapiebericht verfolgen
- Legen Sie dann fest, wie der Bericht sprachlich und optisch aufbereitet sein muss. Fragen Sie auch den Arzt ruhig, wie der Bericht aussehen muss, damit er für ihn einen Mehrwert hat und stimmen sie sich über die Form, den Umfang und die Übermittlung ab

- In einen Therapiebericht gehört zudem immer auch eine prognostische Einschätzung von Ihnen. Verwechseln Sie eine solche Prognose aber nicht mit einer Empfehlung. Diese ist hier nicht angebracht

Tip: Wenn Sie mit den Ärzten in Kontakt treten, dann verdeutlichen Sie, welche Vorteile Ihr Therapiebericht hat: Er dient als Beleg für die ärztliche Dokumentation, als Nachweis für Regressverfahren und gibt Aufschluss über den aktuellen Befund, z. B. über ICF. Das wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit mit dem Arzt aus. Weitere Tipps für die Kommunikation mit Ärzten lesen Sie auf Seite 26.

Teil 06 Arztgespräche erfolgreich lenken

Kommunikationstipps für den persönlichen (und digitalen) Kontakt

Arztgespräche können dazu beitragen, die Verordnungsbereitschaft zu erhöhen. Das gelingt jedoch nur, wenn die Gespräche gut vorbereitet sind und Sie eine klare Kommunikationsstrategie verfolgen. Investieren Sie in Arztkontakte und bauen Sie erst Vertrauen auf, bevor Sie Ihr Anliegen anbringen. Anstelle zu fordern, bieten Sie dem Arzt aktiv an, ihn bei der budgettauglichen Verordnung zu helfen – etwa durch Ihre Unterstützung bei der Therapiebegründung (mehr dazu auf Seite 24). Wir geben Tipps, wie Sie Gespräche mit Ärzten zugunsten der Verordnungsbereitschaft lenken können.



Überlassen Sie nichts dem Zufall und bereiten Sie grundsätzlich alle Gespräche mit Ärzten gut vor. Der erste Schritt ist, sich bewusst zu machen, welches Ziel Sie mit den Gesprächen verfolgen: Der Arzt soll die Verordnungen so ausfüllen, dass die Patienten gut versorgt sind und dass Sie Ihr Geld bekommen.

Zu einer guten Vorbereitung gehört auch, sich eine Kommunikationsstrategie zurechtzulegen. Viele haben fälschlicherweise das Gefühl, mit Ärzten auf fachlicher Ebene sprechen zu müssen. Viel wichtiger ist aber die persönliche Komponente und in welcher Art und Weise Sie dem Arzt gegenüberreten.

Hier einige Tipps:

1 | Haben Sie eine positive Grundeinstellung

Treten Sie dem Arzt mit der Einstellung gegenüber, dass Sie ein geschätzter Gesprächspartner sind und zeigen Sie, dass Sie sich mit Ihrer eigenen Tätigkeit identifizieren und von Ihrem Therapieangebot überzeugt sind.

- Überlegen Sie beispielsweise, bei welchem Patienten des Arztes Ihre Therapie besonders gut angeschlagen hat
- Schauen Sie nach Studien, die den Erfolg der Therapie wissenschaftlich belegen
Tipp: In unserer Fachbeilage `up_therapiemanagement` finden Sie als Abonnent monatlich aktuelle Abstracts, was in der fachärztlichen Presse über Heilmitteltherapie berichtet wird
- Arbeiten Sie heraus, was an Ihrer Organisation/Kommunikation besser bzw. hilfreicher für den Arzt ist als bei Ihren Kollegen/Mitbewerbern – etwa, dass Sie ein Seminar zum Thema extrabudgetäre Verordnung besucht haben, das dabei hilft, das Ordnungsmanagement gemeinsam besser umzusetzen

2 | Zeigen Sie Verständnis für die Situation des Arztes

Signalisieren Sie dem Arzt, dass Sie um die nicht immer einfache Situation des Budgets bzw. des Ordnungsregress wissen. Sehen Sie Ärzte als Ihre Freunde und behandeln Sie sie dementsprechend: Unterstützen und helfen Sie ihnen, wo Sie können, hören Sie ihnen zu und nehmen Sie sie ernst. Wichtig: Reden Sie auch vor Patienten nicht schlecht über Ärzte – Freunden gegenüber ist man loyal.

3 | Bereiten Sie sich vor

Ihr Ziel ist es, die Einstellung des Arztes zu Ihrer Praxis zu ändern, damit sich seine Verordnungsbereitschaft erhöht. Um dorthin zu kommen, fragen Sie sich als erstes, was Sie tun müssen, damit der Arzt bereit ist, Ihnen zuzuhören und Ihre Therapie als Bereicherung oder Alternative zur Heilmittelverordnung ansieht.

Schauen Sie nun, wie Sie die Einstellung des Arztes zu Ihren Gunsten beeinflussen können: Einstellung, die auf Emotionen basieren, lassen sich am besten auch mit emotionalen Botschaften beeinflussen. Wenn der Arzt Ihnen Probleme bei der Budgetierung offenbart, reagieren Sie mit Verständnis. Basieren Einstellungen auf Sachinformationen, können Sie diese am besten mit weiteren, zusätzlichen oder ergänzenden Informationen verändern. Beispiel: Der Arzt sagt, dass er aufgrund von Wirtschaftlichkeitsproblemen nicht mehr verordnen darf. Mit den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 der KV können Sie dem entgegen.

Drei Kommunikationstechniken – und wie Sie sie einsetzen

Viele Wege führen nach Rom. Das gilt auch für eine erfolgreiche Kommunikation. Es gibt verschiedene Techniken, die Sie dafür anwenden können. Wir stellen Ihnen drei kurz vor:

➔ **Empathie-Technik:** Bevor wir jemandem von unserem Standpunkt überzeugen und ihn zu einem anderen Verhalten bewegen können, müssen wir seinen Standpunkt verstehen. Versetzen Sie sich in die Lage des Arztes und versuchen Sie, seine Bedürfnisse hinter seinen Positionen zu erkennen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden Sie dann besser verstehen, warum er sich in einer bestimmten Art und Weise verhält und können entsprechend das Gespräch auslegen. **Zusätzlicher Pluspunkt:** Ihr Arzt empfindet Sympathie für Sie, was die Zusammenarbeit zusätzlich positiv beeinflusst.

➔ **Feindbild-Technik:** Diese Technik basiert auf dem Prinzip: Entlarven Sie gemeinsame „Feinde“ – etwa Krankenkassen, Bürokratie oder Gesundheitspolitik – und lösen Sie als Freunde Probleme, die durch das Feindbild entstehen. Im günstigsten Fall entsteht ein Wir-Gefühl, es werden Gemeinsamkeiten geschaffen und der Zusammenhalt gefördert.

Wichtig: Wählen Sie niemals eine konkrete Person als Feindbild, sondern bleiben Sie möglichst abstrakt. Hören Sie zudem genau hin, worüber sich der Arzt offensichtlich ärgert. Sie können auch bewusst Fragen: „Haben Sie sich auch schon mal so über die AOK geärgert?“

➔ **Problem-Technik:** Wählen Sie einen Patienten des Arztes aus, den Sie therapieren, und bitten Sie um einen Termin, um den Fall zu besprechen. Sie benötigen beispielsweise einen Rat, wie Sie einen bestimmten Befund deuten sollen. Zeigen Sie Interesse für die Meinung des Arztes und bitten Sie ihn um Vorschläge für das weitere Vorgehen. Im Zuge dessen können Sie dann ansprechen, ob der Patient nicht vielleicht ein Kandidat für extrabudgetäre Verordnungen wäre.

Wichtig: Fragen Sie nur nach einem Rat, den der Arzt ohne Gesichtsverlust geben kann. ■

[ym, km, ka]



E-Dienstwagen: Stromkosten an privater Steckdose zahlt der Chef

Gute Nachrichten für alle Arbeitnehmer mit einem Elektro- oder Hybrid-Dienstwagen: Wird ein Firmen-Pkw an der privaten Steckdose aufgeladen, können die Stromkosten vom Arbeitgeber als monatliche Pauschale erstattet werden. Diese Regelung gilt auch für Selbstständige.

Ein Einzelnachweis über den Stromverbrauch ist bei der Pauschalregelung nicht erforderlich. Seit 2021 werden für Elektro- 30 Euro und für Hybridfahrzeuge 15 Euro monatlich erstattet, wenn eine Lademöglichkeit in der Firma besteht. Fehlt diese, steigen die Sätze auf 70 beziehungsweise 35 Euro. Mitarbeiter sollten ihre Chefs auf die neuen Pauschalen hinweisen, rät der Bund der Steuerzahler. ■

[ks]



Platz schaffen in der Praxis: Diese Unterlagen können Sie 2021 entsorgen

In Therapiepraxen stapeln sich alte Patientenakten, Rechnungen, Bestellungen und vieles mehr. Der Jahreswechsel bietet eine gute Gelegenheit, sich von unnötigen Unterlagen zu befreien, um wieder Platz in der Praxis zu schaffen. Wir geben Ihnen einen Überblick darüber, welche Akten Sie 2021 entsorgen können.

Grundsätzlich gilt, dass Patientenakten gemäß § 630f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren sind. Endete die Behandlung im Jahr 2020, darf die dazugehörige Dokumentation erst vernichtet oder gelöscht werden, wenn das Jahr 2030 abgelaufen ist. Behandlungen, die im Jahr 2010 abgeschlossen wurden, dürfen dagegen in diesem Jahr entsorgt werden. Die Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren gilt dann, wenn die Steuerbescheide bestandskräftig sind.

Zu beachten ist aber, dass mögliche zivilrechtliche Ansprüche des Patienten erst nach 30 Jahren verjähren. Daher kann es sinnvoll sein, die entsprechende Akte so lange aufzuheben, bis definitiv keine Schadensersatzansprüche mehr entstehen können.

Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren

Je nach Dokumenten-Typ gelten nach der Abgabenordnung (AO) unterschiedliche Aufbewahrungsfristen. Zu den Unterlagen, die zehn Jahre aufbewahrt werden müssen und zu Beginn des Jahres 2021 vernichtet werden können, gehören nach § 147 der AO folgende Unterlagen:

- Bücher, Inventare, Konten und Jahresabschlüsse, in denen die letzte Eintragung 2010 und früher erfolgte
- Buchungsbelege, unter anderem Rechnungen, Bescheide, Zahlungsanweisungen, Reisekostenabrechnungen, Bewirtingsbelege, Kontoauszüge, Lohn- beziehungsweise Gehaltslisten aus dem Jahr 2010

Aufbewahrungsfrist von sechs Jahren

Eine sechsjährige Aufbewahrungsfrist gilt unter anderem für:

- Lohnkonten und Unterlagen zum Lohnkonto
- Steuerbescheide mit dazugehörigen Unterlagen
- sonstige Unterlagen, soweit sie für die Besteuerung wichtig sind, wie Darlehensunterlagen, Mietverträge, Versicherungspolicen

Grundsätzlich beginnt die Aufbewahrungsfrist laut § 147 Abs. 4 AO mit dem Schluss des Kalenderjahres, in dem das entsprechende Dokument entstanden ist.

Handwerksrechnungen zwei Jahre aufbewahren

Ganz gleich, ob man Eigentümer oder Mieter einer Immobilie ist: Als Auftraggeber von Handwerksleistungen ist man laut Umsatzsteuergesetz (UStG) verpflichtet, dazugehörige Rechnungen, Zahlungsbelege und andere beweiskräftige Unterlagen zwei Jahre lang aufzubewahren (§ 14b Abs. 1 Satz 5). ■

[ks]

Datenschutz?...!

Videoüberwachung in der Praxis

(Niels Köhrer, externer Datenschutzbeauftragter für **up!plus**-Kunden)



Die Datenschutzaufsichtsbehörde in Niedersachsen hat ein Bußgeld gegen einen größeren Elektronikhändler verhängt. 10,4 Mio. Euro, weil Arbeitsplätze, Aufenthaltsbereiche, Verkaufsräume und Lager mittels Kameras überwacht worden sein sollen. Der Elektronikhändler geht gegen diesen Bußgeldbescheid vor, ob der Bescheid Bestand haben wird, ist also noch offen.

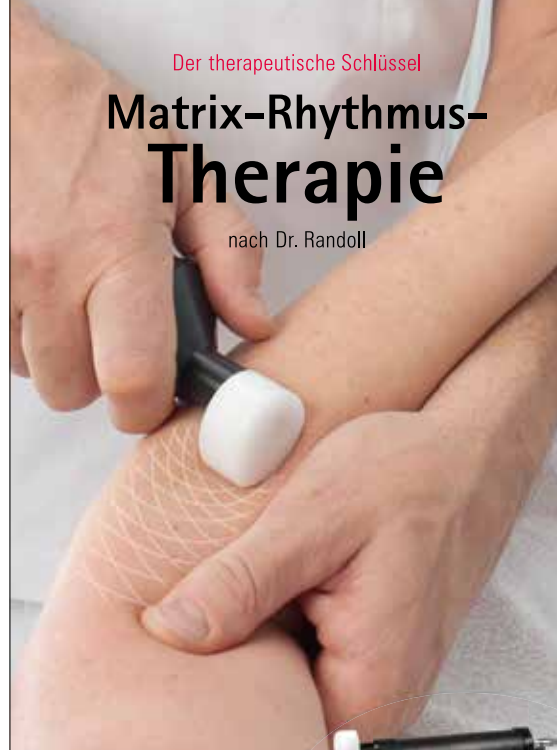
Grund genug dies als Anlass zu nehmen, um sich mit der Videoüberwachung in Praxisräumen auseinander zu setzen. Videoüberwachung in Praxisräumen ist zwar kein Ding der Unmöglichkeit, Praxisinhaber sollten jedoch sehr gute Gründe für den Einsatz von Videokameras vorweisen können, sollten die Aufsichtsbehörden den Einsatz der Kameras überprüfen wollen. In der Regel wird man nämlich nicht davon ausgehen können, dass der Einsatz rechtmäßig ist. Grundlage für die Videoüberwachung dürfte kaum eine Einwilligung sein, da eine solche praktisch nur schwerlich wirksam eingeholt werden kann. Bleibt daher in den allermeisten Fällen das „berechtigzte Interesse“ als einzige Rechtsgrundlage. Je nachdem, wer auf den Aufnahmen zu sehen ist, ob Patient oder Mitarbeiter, muss der Praxisinhaber daher nachweisen, dass sein Interesse an den Aufnahmen, das Interesse der auf den Bildern erkennbaren Personen überwiegt.

Hierfür kann es einige Anhaltspunkte geben: Gefahr von Diebstahl, Beweismittelsicherung zur Rechtsverfolgung, Kostenersparnis, Einsatz zur Beobachtung von Patienten. Damit der Einsatz von Kameras rechtmäßig ist, muss der jeweilige Grund aber belegbar sein (z. B. durch bereits erfolgte Einbrüche, Diebstähle). Sollten Sie darüber nachdenken, ob Kamerasysteme eingesetzt werden sollen, dann sprechen Sie unbedingt Ihren Datenschutzbeauftragten an, ob ein solcher Einsatz überhaupt rechtlich möglich ist.

Der therapeutische Schlüssel

Matrix-Rhythmus-Therapie

nach Dr. Randoll



*Matrixmobil®:
Das Medizinprodukt für
die Matrix-Rhythmus-
Therapie*



„Die Matrix-Rhythmus-Therapie ist aus meiner physiotherapeutischen und osteopathischen Praxis nicht mehr wegzudenken!“

Dorothee Nuthmann, Physiotherapeutin

Die Matrix-Rhythmus-Therapie im Video kurz erklärt:



Jetzt Infos anfordern und Gutschein sichern!
T: 0 8142 65 05 36-0

Digitale Einkommenssteuererklärung nicht immer zwingend notwendig

Steht der finanzielle Aufwand für die Einrichtung und Aufrechterhaltung einer Datenfernübertragungsmöglichkeit in keinem wirtschaftlich sinnvollen Verhältnis zu den Einkünften nach dem EStG, besteht keine Verpflichtung zur Abgabe einer digitalen Einkommenssteuererklärung. So urteilte der Bundesfinanzhof (BFH) im Falle eines selbstständigen Physiotherapeuten, der sein zuständiges Finanzamt gegen die Pflicht zur elektronischen Steuererklärung verklagte (BFH, 16.06.2020 - VIII R 29/19).

Da der Physiotherapeut seine Einkommenssteuererklärung auf Papier abgegeben hatte, verhängte das Finanzamt ein Zwangsgeld. Er klagte dagegen und begründete sein Vorgehen damit, dass er nur geringe Umsätze aus selbstständiger Arbeit (weniger als 17.000 Euro) erziele und über keine Internetverbindung verfüge. Das Finanzgericht Berlin-Brandenburg befreite den Physiothera-

peuten von der Pflicht, da die Kosten für die Umstellung auf den elektronischen Verkehr mit dem Finanzamt nicht in einer wirtschaftlich sinnvollen Relation zu den Einkünften des Therapeuten stehen (FG Berlin-Brandenburg, 08.08.2019, Az: 4 K 4231/18). Gegen das Urteil wurde Revision eingelegt. Der BFH entschied nun in letzter Instanz zugunsten des Physiotherapeuten. ■ [ks]



50 Jahre opta data

Abrechnung | Software | Services

SMC-B Kartenterminal
Telematikinfrastruktur
eHBA ePA eHealth
Konnektor
eRezept

Und jetzt?

Sprechen Sie mit uns, wir sprechen digital. Und zwar seit 50 Jahren. Mit Weitblick und Pioniergeist haben wir schon immer digitale Lösungen entwickelt, die Standards im Gesundheitsmarkt setzen. Digitalisierung ist daher kein Fremdwort für uns.

Wir nehmen Sie mit auf den Weg in die Telematikinfrastruktur. Ein Weg, der für Sie nicht zur Sackgasse wird. Wir tauschen uns regelmäßig mit Partnern im Gesundheitswesen aus, kennen Trends als Erste und gehören bereits jetzt zu den TI Marktführern.

Ihren Anschluss an die Technologie von morgen können wir einfach und sicher gestalten. Wir entwickeln für Sie die Lösung, die auf Ihre Anforderungen zugeschnitten ist. Sodass Sie sicher in die Zukunft gehen können.

Aktuelles: blog.optadata.de
So erreichen Sie uns: 0201 32068-167,
anfrage@optadata-gruppe.de

Mit uns geht das.

Sie möchten wissen, wie wir die Zukunft gemeinsam mit Ihnen gestalten? Mehr Infos unter optadata.de

Sie erreichen uns auch über unsere Social Media-Kanäle



50 JAHRE
opta[®]
data
ZUKUNFT.
GEMEINSAM.
GESTALTEN.

Kurzarbeit mindert Mutterschutzleistungen nicht

Im Zuge der Corona-Pandemie haben viele Unternehmen ihre Beschäftigten in Kurzarbeit geschickt. Für Schwangere und stillende Frauen im Beschäftigungsverbot wirken sich die Lohnkürzungen aber nicht negativ aus, sie haben Anspruch auf die volle Höhe der gesetzlichen Mutterschaftsleistungen. Klarheit bietet dazu ein Orientierungspapier, das gemeinsam von Bundesfamilienministerium (BMFSFJ), Bundesgesundheitsministerium (BMG) und Bundesarbeitsministerium (BMAS) herausgegeben wurde.

Gemäß § 3 Mutterschutzgesetz (MuSchG) beginnt der gesetzliche Mutterschutz sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin bis acht Wochen nach der Geburt. Innerhalb dieser Schutzfrist erhalten Frauen Mutterschaftsgeld (§ 19 MuSchG) von ihrer Krankenkasse oder dem Bundesamt für Soziale Sicherung, eventuell aufgestockt durch einen Arbeitgeberzuschuss. Außerhalb dieser Schutzfristen zahlt der Arbeitgeber Frauen Mutterschutzlohn (§ 18 MuSchG), wenn für sie ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen worden ist. ■ [ks]



Markenprodukte direkt vom Hersteller und führendem Fachhandel.

- | Therapieliegen Manufaktur seit 1984
- | Physio- & Praxiseinrichtungen
- | Praxis- & Therapiebedarf



Der Praxisausstatter

*LIEBLINGSSTÜCK

Zu absolut attraktiven Konditionen



2fach sicher



Automatische Deaktivierung des Elektromotors

Zusätzliche Sicherheits-Sperbox

* ACTIVE

mit Drehhocker + Lagerungsmaterial



In der Bezugfarbe, die in Ihre Praxis passt.

u.v.m

SCAN ME
... zum Angebot



Printkatalog 2021. Ihr kostenloses Exemplar anfordern unter www.villinger.de/contact

www.villinger.de
+49 (0) 7663 99082
info@villinger.de
www.facebook.com/villinger.de



Qualität und Perfektion aus Teningen - zwischen Kaiserstuhl und Schwarzwald

Interview | Anna Karina Lübbe

„Ob sich Mitarbeiter impfen lassen, ist eine rein private Entscheidung“



Rechtsanwältin Anna Karina Lübbe zum Thema Corona-Impfung und Arbeitsrecht

Ende Dezember 2020 wurden hierzulande die ersten Menschen gegen das Corona-Virus geimpft. Wer wann Zugang zu einer solchen Impfung erhält, ist in der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 festgelegt. Da Mitarbeiter in Heilmittelpraxen regelmäßig unmittelbaren Patientenkontakt haben, sind sie mit „hoher Priorität“ eingestuft und dürfen auf eine baldige Impfung hoffen. Doch können Arbeitgeber von ihren Mitarbeitern verlangen, sich impfen zu lassen? Darüber und über weitere arbeitsrechtliche Fragen zum Thema Corona-Impfung haben wir mit Anna Karina Lübbe, selbstständige Rechtsanwältin mit Schwerpunkt Arbeitsrecht und -schutz, gesprochen.

Frau Lübbe, grundsätzlich sind Corona-Impfungen freiwillig. Können Arbeitgeber ihre Mitarbeiter trotzdem zum Impfen verpflichten?

LÜBBE | Anders als beispielsweise bei der Masernimpfung gibt es aktuell keine Corona-Impfpflicht bzw. keine damit einhergehenden Beschäftigungsverbote, wenn Mitarbeiter sich nicht impfen lassen möchten. Ob sich Mitarbeiter impfen lassen, ist also eine rein private Entscheidung; eine Anordnung des Arbeitgebers wäre unzulässig. Zudem muss man derzeit berücksichtigen, dass noch gar nicht geklärt ist, ob Geimpfte das Virus weitergeben können oder nicht. Eine Impfung zu verlangen, obwohl man dadurch Patienten oder Kollegen ggf. gar nicht schützen kann, ist unverhältnismäßig. Bei der derzeitigen Impfkampagne steht der Schutz des Geimpften im Vordergrund. Anders sieht es bei Neueinstellungen aus: Praxisinhaber können dann durchaus mit dem neuen Mitarbeiter vereinbaren, dass eine Corona-Impfung eine Einstellungs Voraussetzung ist. Lässt sich der neue Mitarbeiter darauf ein, hat er dann auch die Impfung nachzuweisen.

Dürfen Arbeitgeber Mitarbeitern, die sich freiwillig impfen lassen, Vorteile gewähren, etwa einen Bonus?

LÜBBE | Das ist durchaus denkbar. Arbeitgeber könnten zum Beispiel interne Impfkonzerte und somit Anreize für eine Impfung schaffen, soweit dies auf rein freiwilliger Basis geschieht. Es wird aktuell auch diskutiert, ob es offizielle betriebliche Impfprogramme geben sollte, mittels der die Arbeitgeber die Belegschaft über den Betriebsarzt impfen lassen könnten. Das sind aber alles noch Gedankenspiele. Aufgrund des Verbots der Benachteiligung dürfen sich jedoch für Mitarbeiter, die sich nicht beteiligen wollen, keine negativen Konsequenzen ergeben. Die

Weigerung, sich impfen zu lassen, darf sich also nicht auf ihr Arbeitsverhältnis auswirken, etwa indem man nur noch für „unliebsame“ Tätigkeiten eingeteilt wird.

Müssen Mitarbeiter dem Arbeitgeber sagen, ob sie geimpft sind?

LÜBBE | Aufgrund der Fürsorgepflichten, die der Arbeitgeber gegenüber seinen Angestellten hat, ist er berechtigt, nach einer Impfung zu fragen. Die Mitarbeiter müssen dann wahrheitsgemäß antworten. Da die Impfung den konkreten Mitarbeiter vor einer Infektion schützt, hat der Impfstatus zum Beispiel Auswirkungen darauf, welche (weiteren) Schutzmaßnahmen ergriffen werden und ob Mitarbeiter mehr oder weniger gefahrlos zu Hausbesuchen oder ins Seniorenheim geschickt werden können. Das bedeutet aber nicht, dass man nur Geimpfte „rauslassen“ darf. Mit der richtigen Schutzausrüstung können auch ungeimpfte Therapeuten problemlos Therapien durchführen.

Und wie sieht es bei Patienten aus? Dürfen Praxisinhaber von ihnen verlangen, dass sie ihren Impfstatus offenlegen?

LÜBBE | Auf freiwilliger Basis ist es grundsätzlich kein Problem, die Patienten um Angaben zum Impfstatus zu bitten. Sie sollten jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass es sich um eine freiwillige Angabe handelt und dass diese Angaben keine Auswirkungen auf die Therapie hat. Solange noch nicht geklärt ist, ob die Impfung auch verhindert, dass man das Virus an andere weitergibt, ist jedoch fraglich, ob man die Information überhaupt benötigt bzw. welchen Nutzen sie bringt. Man darf zudem auch ungeimpften Patienten die Therapie nicht verweigern. Jeder Patient hat unabhängig von seinem Impfstatus ein Anrecht auf Heilmittel. So oder so werden uns die

Abstandsregelungen, die Maskenpflicht und sonstige Schutzmaßnahmen trotz der Impfmöglichkeiten wohl noch eine Weile begleiten.

Noch eine Ergänzung zum Thema Fürsorgepflicht. Ist es überhaupt vertretbar, ungeimpfte Therapeuten bei der Arbeit mit ungeimpften Patienten einzusetzen?

LÜBBE | Die Fürsorgepflicht darf nicht in eine Impfpflicht umgewandelt oder als Vorwand genutzt werden, um die Mitarbeiter doch zur Impfung zu zwingen. Wenn einzelne Mitarbeiter bewusst auf den Impfschutz verzichten wollen, ist dies derzeit ihr gutes Recht. Ihnen die Tätigkeit oder bestimmte Tätigkeiten aufgrund des Impfstatus zu verweigern, würde gegen die arbeitsvertraglichen Pflichten des Arbeitgebers verstoßen. Der Mitarbeiter muss allerdings damit rechnen, dass er ggf. mehr Schutzausrüstung tragen muss als seine geimpften Kollegen.

Frau Lübbe, vielen Dank für das Gespräch.

■ [Das Gespräch mit Karina Lübbe führte Kea Antes]

Hinweis: Die Antworten bilden die aktuell geltende Rechtslage ab (Stand Januar 2021). Da wir jedoch noch ganz am Anfang der Impfkampagne stehen, können Regelungen, die jetzt Bestand haben, unter Umständen in Zukunft anders gewertet werden. So können arbeitsrechtliche Verfahren ggf. dazu führen, dass die Rechtsprechung neue Grundsätze/Grenzen aufstellt.

Corona: Entschädigungen bei Quarantäne oder Tätigkeitsverbot

Welche Erstattungen es gibt und wie Sie diese
beantragen können



Ordnet das Gesundheitsamt auf Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) Quarantäne an oder erteilt es ein Tätigkeitsverbot, das mit einem Verdienstausschlag einhergeht, steht den Betroffenen grundsätzlich eine Entschädigung zu (§ 56 IfSG). Das gilt für Angestellte ebenso wie für Selbstständige. Wir zeigen Ihnen, welche Bedingungen für die Entschädigung gelten und wie Sie online bzw. postalisch einen entsprechenden Antrag stellen können.

Wer hat Anspruch auf Entschädigung?

- Arbeitnehmer und Selbstständige, wenn sie von einer behördlich angeordneten Quarantäne oder einem Tätigkeitsverbot betroffen sind
- Arbeitgeber, wenn diese ihren Mitarbeitern im Falle einer angeordneten Quarantäne oder Tätigkeitsverbot für längstens sechs Wochen die Entschädigung auszahlen
- Selbstständige, wenn die Praxis während der Dauer der Quarantäne oder des Tätigkeitsverbots geschlossen ist. Zusätzlich können sie den Ersatz von weiterlaufenden und nicht gedeckten Betriebsausgaben nach § 56 Absatz 4 Satz 2 IfSG beantragen

Bis wann muss der Antrag gestellt werden?

Der Antrag muss innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn des Tätigkeitsverbots oder Ende der Quarantäne erfolgen.

Wie hoch ist die Entschädigung?

Arbeitnehmer erhalten in den ersten sechs Wochen die Entschädigung als Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber. Die Aufwendungen können sich die Arbeitgeber dann von der zuständigen Behörde erstatten lassen. Ab der siebten Woche erfolgt die Entschädigung in Höhe des Krankengeldes. Gleiches gilt für Selbstständige. Hier richtet sich die Summe nach den durchschnittlichen Einnahmen des vergangenen Jahres, die Entschädigungen sind steuerfrei.

Wichtig: Für die Zeit einer Krankschreibung oder Arbeitsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Entschädigung nach § 56 IfSG.

Gibt es für Selbstständige auch Entschädigung für weiterlaufende und nicht gedeckte Betriebsausgaben?

Ja, etwa für Miete für Geschäftsräume und Versicherungskosten, sofern die Praxis während der Dauer der Quarantäne oder des Tätigkeitsverbots geschlossen ist.

Wie stelle ich den Antrag?

Befindet sich die Praxis in einer der nachfolgenden Bundesländer, kann der Antrag online ausgefüllt werden: Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. In allen anderen Bundesländern erfolgt der Antrag postalisch. Ein entsprechendes PDF steht zum Download bereit (mehr dazu im Kasten).

An welche Behörde richte ich den Antrag?

Durch Eingabe Ihrer Postleitzahl können Sie herausfinden, welche Behörde zuständig ist: <https://ifsg-online.de/antrag-taetigkeitsverbot.html>. In der Regel handelt es sich um das Gesundheitsamt. ■

[ka]

Kind in Corona-Quarantäne: Auch für Eltern gibt es Entschädigung

Immer wieder müssen Kita-Gruppen oder Schulklassen wegen Corona-Fällen geschlossen werden. Wer aber zahlt das Gehalt der berufstätigen Eltern weiter, wenn sie das Kind zu Hause betreuen müssen und deshalb nicht arbeiten können? Die Antwort liefert auch hier das Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Gemäß § 56 Abs.1a IfSG bekommen Eltern Entschädigung für ihren Verdienstausschlag, wenn die Einrichtung aufgrund einer behördlichen Anordnung geschlossen wurde. Dies gilt, wenn das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Mit dem neuen dritten Bevölkerungsschutzgesetz wurde der Anspruch bis Ende März 2021 verlängert.

67 Prozent des Verdienstausschlags

Anders als bei der eigenen Quarantäne erhalten berufstätige Eltern allerdings nur 67 Prozent ihres Verdienstausschlags, maximal 2.016 Euro pro Monat. Die Entschädigung wird längstens für zehn Wochen gewährt, für Alleinerziehende längstens für 20 Wochen. Diesen Maximalzeitraum müssen Eltern nicht an einem Stück nehmen, er kann auch über mehrere Monate verteilt werden. Die Entschädigung zahlt auch hier der Arbeitgeber während der ersten sechs Wochen. Die Vorauszahlung kann er per Antrag von der zuständigen Landesbehörde zurückfordern.

Keine Entschädigung in den Ferien

Sind Kita oder Schule während der Quarantänezeit aufgrund von Ferien geschlossen, erhalten die Eltern keine Entschädigung. ■

[ks]

Weitere Informationen rund um die Antragstellung:

- Antworten auf weitere wichtige Fragen: ifsg-online.de/index.html
- Antragsformular, inklusive Schritt für Schritt Anleitung: ifsg-online.de/antrag-taetigkeitsverbot.html

Interview | Jan Eßwein

„Ich nutze Teamgespräche auch, um meine Visionen für die Praxis umzusetzen“



Jan Eßwein ist Physiotherapeut und Inhaber einer Privatpraxis für ganzheitliche Physiotherapie und Physiocoaching in Planegg bei München. Zusätzlich ist er Autor, Business- und Teamcoach sowie Keynote-Speaker zum Thema Achtsamkeit. Sein Wissen über achtsame Zusammenarbeit wendet er in seinem Team an und gibt seine Erfahrungen an andere Praxisinhaber weiter.

Teamgespräche sind eine gemeinsame Zeit für Praxisinhaber und Mitarbeiter. Sie finden in einem definierten Rahmen statt und tragen dazu bei, die Qualität des Miteinanders und der gemeinsamen Arbeit weiterzuentwickeln. Solche Teamgespräche stehen bei Jan Eßwein, Inhaber einer Physiotherapiepraxis, wöchentlich als fester Termin im Kalender. Uns hat er verraten, was für ihn erfolgreiche Teamgespräche ausmachen, wie er diese aus Sicht der Wirtschaftlichkeit betrachtet und wie er dafür sorgt, dass jedes Gespräch so effizient wie möglich abläuft.

Wie können Praxisinhaber Teamgespräche als Führungsinstrument einsetzen?

ESSWEIN | Neben Mitarbeitergesprächen sind sie die beste Möglichkeit, dem Team die Richtung zu weisen und es in diese zu lenken. Wir können sie zum einen nutzen, um reaktiv zu handeln, etwa wenn wir merken, dass etwas nicht rund läuft, beispielsweise bei der Behandlung oder Dokumentation. Zum anderen eignen sie sich, um proaktiv das Unternehmen zu gestalten. Jeder Praxisinhaber hat eine Vision. Und obwohl jeder Mitarbeiter Aufgaben sehr effizient ausführt, kann es dennoch sein, dass wir als Team nicht effektiv arbeiten, weil wir die Vision aus den Augen verlieren. Jedes Teamgespräch ist eine Möglichkeit, durch die eigene Führung kleine Impulse zu setzen, damit die Mitarbeiter wieder auf die richtige Spur gelenkt werden.

Teamgespräche bieten aber noch eine ganz andere Chance für Praxisinhaber. Sie ermöglichen uns, direktes Feedback einzuholen. Wenn es Ungereimtheiten gibt, dann kann das auch mich als Person direkt betreffen. Sind wir offen dafür, sind Teamgespräche eine große Chance, den unternehmerischen Blick zu schärfen.



Wöchentlich, monatlich oder nur anlassbezogen? Was empfehlen Sie, wie oft Teamgespräche stattfinden sollten?

ESSWEIN | Das kommt ganz darauf an, wie intensiv man Teamgespräche als Führungsinstrument nutzen möchte. Natürlich kann man sie nur dann einberufen, wenn es wirklich etwas zu besprechen gibt, sie also anlassbezogen durchführen. Es wäre aber meiner Meinung nach falsch, das Potenzial, das von den Gesprächen ausgeht, nicht voll zu nutzen. Daher empfehle ich allen, sie regelmäßig stattfinden zu lassen.

Wir kommen jeden Montag für 45 Minuten zusammen. Grundsätzlich ist das ein fixer Termin. Wenn ich das Gefühl habe, dass es gerade total rund läuft oder das Team mit Minimalbesetzung fährt, dann lasse ich den Termin aber auch mal ausfallen. Der Montag hat den Vorteil, dass ich meinen Mitarbeitern für die Woche direkt neue Impulse geben kann. Mache ich das freitags, ist das Gesagte nach dem Wochenende kaum noch präsent. Jeder Praxisinhaber muss letztendlich aber selbst entscheiden, an welchem Tag der Woche und wie oft das Teamgespräch stattfinden soll. Länger als vier Wochen sollten die Termine aber nicht auseinanderliegen. Dann geht leicht das Gefühl der Regelmäßigkeit verloren, erst recht, wenn mal jemand krank oder im Urlaub ist.

Wenn die Teammeetings stattfinden, können keine Patienten behandelt werden. Wiegen die Umsatzbußen den Nutzen überhaupt auf?

ESSWEIN | Das Thema Wirtschaftlichkeit sollte jeder Praxisinhaber auf dem Schirm haben, wenn es darum geht, wie oft und wie lange die Gespräche stattfinden. Ich kann ganz klar betiteln, was mich das Zusammenkommen kostet. Dafür addiere ich zusammen, was mich die Mitarbeiter pro Stunde kosten und wie

hoch der Ausfall ist, den ich dadurch habe, dass keine Behandlungen stattfinden. Da kommt einiges zusammen. Aber ich sehe Teamgespräche ganz klar als Investition. Die Kosten, die durch sinkende Motivation, kein Streben in eine gemeinsame Richtung oder sogar das Abwandern von Mitarbeitern entstehen, sind viel höher als jene für regelmäßige Teamgespräche.

Kommen wir zum praktischen Teil. Wie gehen Sie die Gespräche an?

ESSWEIN | Zunächst bereite ich mich auf das Gespräch vor. Das nimmt fast immer mehr Zeit in Anspruch als das eigentliche Zusammenkommen und sollte nicht unterschätzt werden – insbesondere aus wirtschaftlicher Sicht. Wenn die Vorbereitung mal zu kurz kommt, merke ich das direkt. Dann ist nicht so der Zug in der Sache. Darunter wiederum leidet der Output des Gesprächs.



Wenn das hin und wieder mal vorkommt, ist das okay. Mich kosten die Gespräche jedoch einiges an Geld und für meine Mitarbeiter sind sie bezahlte Arbeitszeit. Dementsprechend erwarte ich auch, dass alle eine gewisse Disziplin an den Tag legen und die Gespräche effizient ablaufen. Wir starten immer pünktlich und achten darauf, dass es keine Störungen gibt. Smartphones sind aus oder im Nebenraum und es wird auch nichts nebenbei gegessen.

Und dann? Wie starten Sie in das Gespräch?

ESSWEIN | Zu Beginn sagt jeder kurz, wie es ihm gerade geht. Ich finde es wichtig, alle kurz abzuholen und ihnen zu signalisieren, dass sie gesehen und wahrgenommen werden. Manchmal frage ich direkt nach dem Wohlergehen. Ich wende aber auch gerne den sogenannten Energiellevelcheck an. Wenn die Hand nach unten zeigt, sind es null Prozent Energie, wenn man sie auf Schulterhöhe hebt, sind es 50 Prozent und ganz nach oben gestreckt entsprechen 100 Prozent. Ohne Worte sehe ich so gleich am Anfang, ob alle okay drauf sind oder ob es jemanden gibt, dem es nicht so gut geht. Ich nehme mir dann die Zeit und hake kurz nach. Denn wenn jemand emotional unter Stress steht oder ihn sonst etwas belastet, kommt das, was ich sage, eh nicht an.

Dann folgen zwei Minuten Stille, in der jeder aufschreibt, was er gerne zur Sprache bringen möchte. Daraus erstellen wir dann eine Ad-Hoc-Agenda am Flipchart. Jeder sagt kurz, was er für ein Thema hat und wie lange Zeit er dafür benötigt. Etwa Fragen zur Abrechnung, fünf Minuten. Fachliches Thema, zehn Minuten. Es braucht etwas Zeit, bis man das einschätzen kann, aber dann funktioniert das sehr gut. Ich ergänze dann meine Themen. Nur wenn es ein größeres Thema zu besprechen gibt, teile ich das meinem Team vorab mit. Wir schauen schließlich noch gemeinsam auf den Behandlungsplan der letzten und der aktuellen Woche. Manchmal zeigen sich so weitere Aspekte, die man ansprechen muss. Etwa wenn auffällt, dass ein Mitarbeiter mehrere Überstunden gemacht hat. Dann schauen wir, wie wir die Kapazitäten besser verteilen können.

Wie schaffen Sie es, dass die geplante Zeit für das Teamgespräch bei einer Ad-Hoc-Agenda nicht aus dem Ruder läuft?

ESSWEIN | Für jeden Punkt auf der Agenda stellen wir einen Timer. Ist die Zeit rum, geht es weiter. Da bin ich als Chef gefragt, die Themen strikt abzuarbeiten. Und für den Fall, dass sich viele Themen ansammeln, schaue ich als erstes, welche wirklich jeden in der Gruppe etwas angehen. Alle anderen filtere ich raus. Die Anliegen werden dann separat besprochen, entweder nur unter den Betroffenen oder mit mir.

Und wie gehen Sie sicher, dass das Besprochene auch umgesetzt wird?

ESSWEIN | Zum Schluss legen wir immer To-dos fest. Wer kümmert sich um was und bis wann? Dabei achte ich darauf, dass die Ziele nach der SMART-Formel formuliert sind – spezifisch, messbar, aktivierend, realistisch und terminiert. Dann beenden wir das Zusammenkommen mit einem kurzen Ritual. Mal klatschen alle, mal gibt es ein High Five. Manchmal baue ich auch eine kleine Wertschätzungsrunde ein. Alle sagen Danke für etwas, was vergangene Woche bei der Arbeit besonders gut war oder bedanken sich bei einem Kollegen. Auch ich danke jedem, gerne auch in Form von Dankeskärtchen, die ich in der Runde vorlese und dann dem jeweiligen Mitarbeiter übergebe. Positive Rückmeldung in Form von Lob ist nicht nur für die Motivation enorm wichtig. Sie stärkt die persönliche Bindung und fördert Verhalten, das sich auf unsere Werte, auf unsere Vision einzahlt. Sie macht die Zusammenarbeit sinn- und freudvoller und hilft mir dabei, meine unternehmerischen Ziele zu erreichen.

Herr Eßwein, vielen Dank für das Gespräch.

■ [Das Gespräch mit Jan Eßwein führte Kea Antes]



Mitarbeiterführung ganz konkret

Dafür sorgen, dass Ihre Mitarbeiter effizient und gerne für Sie arbeiten

Ohne ein funktionierendes Team sind die vielen Aufgaben in einer größeren Praxis gar nicht zu bewältigen. Die Motivation jedes Mitarbeiters ist entscheidend. Doch wie erreichen Sie diese und wie werden Sie ein guter Coach für ein erfolgreiches Team? Wie sieht Ihre Führungsrolle eigentlich aus? Wissen Ihre Mitarbeiter immer, woran sie sind? Sind Ihre Besprechungen zielführend?

Im Seminar erhalten Sie die Antworten auf diese Fragen. Sie erfahren, wie Sie mit Hilfe von klar definierten Zielen fördern und fordern. Sie lernen, wie Sie Ihre Mitarbeiter umsichtig, zielorientiert und richtig führen. Gestalten Sie zusammen mit einem motivierten Team die Zukunft Ihrer Praxis. Proben Sie den Alltag auf neutralem, sicherem Terrain – außerhalb von Praxis und Patienten. Führen Sie Ihre Mitarbeiter ganz konkret, denn dann arbeiten sie gerne für Sie.

Melden Sie sich gleich an!

Zielgruppe: Praxisinhaber und Führungskräfte

Im Seminarpreis enthalten: umfangreiche Dokumentation, Tipps für den Praxisalltag

Termine

12.02.2021

23.04.2021

17.09.2021

22.10.2021

OS derzeit nur online

Anmeldung unter:

www.buchner.de/mm oder

Telefon 0800 94 77 360

Teilnahmegebühr Euro 249

Ermäßigt Euro 209*

- * gilt 1 x mtl. für alle Abonnenten der Service-Pakete (up|abo, up|plus-Paket, Datenschutz-Paket)
 - * Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt.
- Alle Preise zzgl. der gesetzlichen MwSt.




Referent André Bernert

André Bernert, Diplom-Agrarökonom, beschäftigt sich seit 2002 mit den alltäglichen Herausforderungen von Heilberuflern. Er kennt die Knackpunkte, aber auch die enormen Potentiale und ist der Meinung, dass Strukturen und klare Abläufe die Basis für eine effizient arbeitende Praxis sind.



Referent Dajinder D. Pabla

Dajinder D. Pabla ist Betriebswirt und spezialisiert auf die Themen Praxisführung, Marketing und die Professionalisierung des Online-Auftritts. Heutzutage werden Praxen nach ihrem Erscheinungsbild beurteilt. Das, was auf den ersten Blick sichtbar ist, etwa die Praxis-Webseite, entscheidet über den Eindruck, den Patienten und potenzielle Mitarbeiter gewinnen. Seit 2014 berät und unterstützt er Praxen u. a. in diesem Bereich.

Kabinett stärkt Verbraucherrechte bei Kreditvergabe

Die Bundesregierung will die Rechte von Verbrauchern beim Abschluss von Darlehensverträgen und bei der vorzeitigen Rückzahlung von Krediten stärken. Dazu hat sie einen Gesetzentwurf zur Änderung des Verbraucherdarlehensrechts beschlossen, dem der Bundestag noch zustimmen muss.

Nach dem Willen des Kabinetts müssen Kreditgeber, wie beispielsweise eine Bank, künftig im Vertrag darüber informieren, wann die 14-tägige Widerrufsfrist beginnt. In dieser Zeit kann der Vertrag ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Zudem sollen Verbraucher, die einen Kredit vorzeitig zurückzahlen, einen umfassenderen Anspruch auf Kostenerstattung bekommen. So sollen künftig auch laufzeitunabhängige Kosten ermäßigt werden, wie etwa eine einmalig erhobene Gebühr.

Umsetzung von zwei EuGH-Urteilen

Die Bundesregierung setzt damit zwei Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) um. Die Luxemburger Richter hatten angeordnet, dass Darlehensverträge klare Hinweise auf den Beginn von Widerspruchsfristen enthalten müssen. Hintergrund war ein Rechtsstreit zwischen der Kreissparkasse Saarlouis und ei-



nem Kunden, der seinen Kredit nach vier Jahren widerrufen wollte und dies mit unklaren Vertragsklauseln begründet hatte (Az.: C-66/19). Im zweiten Urteil entschied das EuGH, dass Verbraucher beim Widerruf ihrer Darlehensverträge die bereits geleisteten Tilgungs- und Zinszahlungen verlangen können, aber keinen Ersatz für die Nutzung dieser Beträge (Az.: C-301/18). ■ [ks]

Bei Konflikten dürfen Arbeitgeber Beschäftigte versetzen

Ein Arbeitgeber darf frei entscheiden, wie er auf Konflikte zwischen Beschäftigten reagiert. Er darf auch einen Mitarbeiter versetzen, um Streitigkeiten am Arbeitsplatz zu vermeiden. Das hat kürzlich das Landesarbeitsgericht Mecklenburg-Vorpommern entschieden (Az.: 5 Sa 233/18).

Im konkreten Fall ging es um die Versetzung einer Köchin in einem Pflegeheim des Diakonischen Werks, die immer wieder Konflikte mit ihren Kollegen, vor allem mit ihrer Chefin hatte. Nach einer Auseinandersetzung im Mai 2017 erkrankte die Köchin aufgrund psychischer Belastung und war seither dauerhaft arbeitsunfähig. Fünf Monate nach dem Vorfall versetzte sie ihre Chefin in eine andere nahegelegene Küche. Die Köchin wehrte sich – ohne Erfolg. Die Versetzung sei nach § 106 Gewerbeordnung (GewO) rechtmäßig, entschieden die Richter. Demnach kann „der Arbeitgeber Inhalt, Ort und Zeit der Arbeitsleistung nach billigem Ermessen näher bestimmen“. Auch die Arbeitsvertragsrichtlinien der Diakonie in Deutschland (AVR-DD) schließen eine Versetzung nicht aus. Sie fordern zwar eine Anhörung, doch mache eine Verletzung dieser Anhörungspflicht die Versetzung nicht unwirksam. Anders sei das in Betrieben mit einem Betriebsrat. Hier hätte der Betriebsrat der Versetzung nach § 99 Abs. 1 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) zustimmen müssen. ■ [ks]



Heilmittel richtig (extrabudgetär) verordnen

2021: Neuen Heilmittelkatalog und neue Heilmittel-Richtlinie verstehen und an Ärzte kommunizieren

Seit dem 1. Januar 2021 gelten die Neufassungen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkataloges. Es gibt Änderungen und Neuregelungen. Neue Begriffe und Mengen, veränderte Diagnosegruppen und das einheitliche Verordnungsformular werden in den Arztpraxen für Irritationen sorgen. Daher ist es wichtig, dass sich Heilmittelerbringer genau mit der neuen Heilmittel-Richtlinie auskennen und wissen, wie sie die Änderungen mit ihren Ärzten abstimmen können.

Im Seminar lernen Sie die neuen Regelungen kennen und erfahren, wie Sie sie mit Ihren Ärzten abstimmen können, beispielsweise bei den extrabudgetären Verordnungen. Die Neuregelungen sollen die Patientenversorgung künftig vereinfachen, weil mehr Patienten behandelt werden können, ohne das Budget der Ärzte zu belasten. Außerdem erfahren Sie, was Regressdrohungen für Ärzte bedeuten und wie Sie Ihre Ärzte dabei unterstützen können, gemäß der Heilmittel-Richtlinie 2021 extrabudgetär und damit angstfrei zu verordnen

Zielgruppe: Praxisinhaber, leitende Mitarbeiter, Verwaltungskräfte und die in der Patientenberatung aktiven Rezeptionsfachkräfte

Im Seminarpreis enthalten: umfangreiche Dokumentation, Tipps für den Praxisalltag

Termine

18.02.2021

20.02.2021

24.02.2021

25.03.2021

OS derzeit nur online

Anmeldung unter:

www.buchner.de/ebv oder

Telefon 0800 94 77 360

Teilnahmegebühr Euro 249

Ermäßigt Euro 209*

- * gilt 1 x mtl. für alle Abonnenten der Service-Pakete (up|jabo, up|plus-Paket, Datenschutz-Paket)
 - * Anmeldungen werden in der Reihenfolge der Eingänge der Zahlungen berücksichtigt.
- Alle Preise zzgl. der gesetzlichen MwSt.




Referenten Ralf Buchner,
Björn Schwarz und Oliver
Schwenk

Ralf Buchner findet, dass Therapeuten immer noch zu schlecht bezahlt werden und zeigt, wie das geändert werden kann.

Björn Schwarz weiß genau, worauf es ankommt und findet, dass gute Prozesse die Abrechnung viel einfacher machen.

Oliver Schwenk hört den buchner-Kunden jeden Tag genau zu und stellt das Erfahrungswissen der Praxisinhaber der Branche zur Verfügung.

up | Netzwerktreffen

Die Online-Tagung für Therapeuten.

Freitag 5. und Samstag 6. März 2021



Spannende Podiumsdiskussion | Freitag 5. März 18 Uhr
Blankverordnung ohne Beschränkungen?

Raum 01 | **HeilM-RL gegen Krankenkassen durchsetzen**

Die **Neufassung der Heilmittel-Richtlinie** hat vieles verändert. Das müssen sowohl die verordnenden Ärzte, als auch die Krankenkassen als Kostenträger lernen. Wir beleuchten wichtige Details der Heilmittel-Richtlinie und zeigen, wie man sich gegen ungerechtfertigte Kürzungen und Absetzungen der Krankenkasse zur Wehr setzt.

Raum 02 | **Extrabudgetär verordnen und behandeln**

Der Wegfall der Verordnungen außerhalb des Regelfalls zwingt Ärzte und Therapeuten noch mehr dazu, sich Gedanken über die Begründung einer längerfristigen Therapie zu machen. Das Konzept der **extrabudgetären Heilmittelversorgung** spielt dabei indikationsbezogen eine wichtige Rolle.

Raum 03 | **Gehaltsverhandlungen optimieren**

Neue Versorgungsverträge und neue GKV-Honorare sorgen für Fragen bei den angestellten Mitarbeitern nach Gehaltserhöhungen. Wer hier aus dem Bauch heraus handelt, sorgt für Ungerechtigkeiten und bezahlt obendrein noch zu viel Geld. Deswegen ist es wichtig, das **Thema Gehalt in den Praxen** transparent und nachvollziehbar strukturiert zu kommunizieren.

14:30

14:45

Freitag 5. März

15:00

15:45

16:15

16:30

17:15

17:45

18:00

Samstag 6. März

09:00

09:45

10:15

10:30

11:15

11:45

12:00

12:45

13:15



Ich will dabei sein

Als **up**-Abonnent oder **up|plus**-Kunde für 89,00 € pro Person, netto

Anmelden unter www.buchner.de/netzwerktreffen

Begrüßung und Einweisung – Technikcheck für Unerfahrene

Eröffnung des Netzwerktreffens

Raum 01
HeilM-RL gegen Krankenkassen durchsetzen

Raum 02
Extrabudgetär verordnen und behandeln

Raum 03
Gehaltsverhandlungen optimieren

○ **Endlich Doppelbehandlungen:** In der Neufassung der HeilM-RL wird zum ersten Mal die Doppelbehandlung als Verordnungsmöglichkeit ausdrücklich erwähnt. So klappt es zukünftig mit der Intensivtherapie.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Krankenkassen in Verzug setzen:** So verhält man sich bei ungerechtfertigten Absetzungen oder Kürzungen und setzt die betreffende Kasse in Verzug, mit Zinsen und Bearbeitungsgebühr.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Wie Ärzte Regresse erleben:** Die Androhung von Heilmittelregressen treibt manchen Arzt dazu, seine Verordnungstätigkeit einzustellen. Verstehen Sie die Hintergründe für eine bessere Kommunikation.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Indikation Schlaganfall – extrabudgetär versorgen:** So können Ärzte Schlaganfallpatienten ohne Budgetbelastung mit Heilmitteln versorgen. Das klappt auch bei andauernden Folgen des Schlaganfalls.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Das bringt ein angestellter Mitarbeiter:** Die Arbeit der angestellten Therapeuten muss mindestens einmal im Jahr nachkalkuliert werden. So geht es ganz einfach.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Gehaltskorridore sorgen für Mitarbeiterzufriedenheit:** Heilmittelpraxen haben keine Tarifverträge. Deswegen braucht es eigene Regeln, wie Gehaltsgerechtigkeit in der Praxis hergestellt wird. Wir zeigen Beispiele.

■ Fragen und Antworten

Pause

Podiumsdiskussion **Blankverordnung ohne Beschränkungen?** (ca. 60 bis 90 Minuten)

○ **Klagen leicht gemacht:** Wenn die Kasse einfach nicht reagiert - so einfach und günstig ist es, eine Krankenkasse vor dem Sozialgericht auf Einhaltung der Verträge zu verklagen.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Geriatrisches Syndrom – extrabudgetär versorgen:** Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr können regelmäßig extrabudgetär versorgt werden. Wir zeigen den Spielraum der verordnenden Ärzte

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Gehaltsgespräche erfolgreich führen:** Bei Gehaltsgesprächen fühlen sich viele Praxisinhaber nicht sehr wohl. Doch so wird das Gespräch ein Motivationskick für die Mitarbeiter.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Rechtsicher ändern:** Die neue Anlage 3 der HeilM-RL schafft endlich Rechtssicherheit im Umgang mit Ergänzungen und Korrekturen auf Heilmittel-Verordnungen.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Extrabudgetäre Versorgung nach operativen Eingriffen:** So können Patienten nach bestimmten OPs sehr effektiv ohne Budgetbelastung mit Heilmitteln, inklusive Lymphdrainage versorgt werden.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Erfolgsfaktoren für Sonderprämien:** Wer gut arbeitet, soll auch gut bezahlt werden. Und wer besondere Leistungen erbringt, verdient vielleicht eine Sonderprämie – so gelingt die Umsetzung.

■ Fragen und Antworten

Pause

○ **Nicht alles prüfen:** Passt die Diagnose? Hat der Arzt richtig untersucht? Stimmt das Kreuz bei der Zuzahlung? Manche Dinge gehören definitiv nicht zur Prüfpflicht einer Heilmittelpraxis. Wir zeigen, worauf es ankommt.

■ Fragen und Antworten

○ **Individueller langfristiger Heilmittelbedarf:** So unterstützt man Patienten beim Antrag auf den LHB und organisiert bei Ablehnung den Widerspruch.

■ Fragen und Antworten

○ **Mehr Netto vom Brutto:** Neues Jahr mit neuen Regeln. Darauf sollten Sie achten, wenn Sie Ihren Mitarbeitern möglichst viel des Bruttogehalts als Nettobetrag auszahlen wollen.

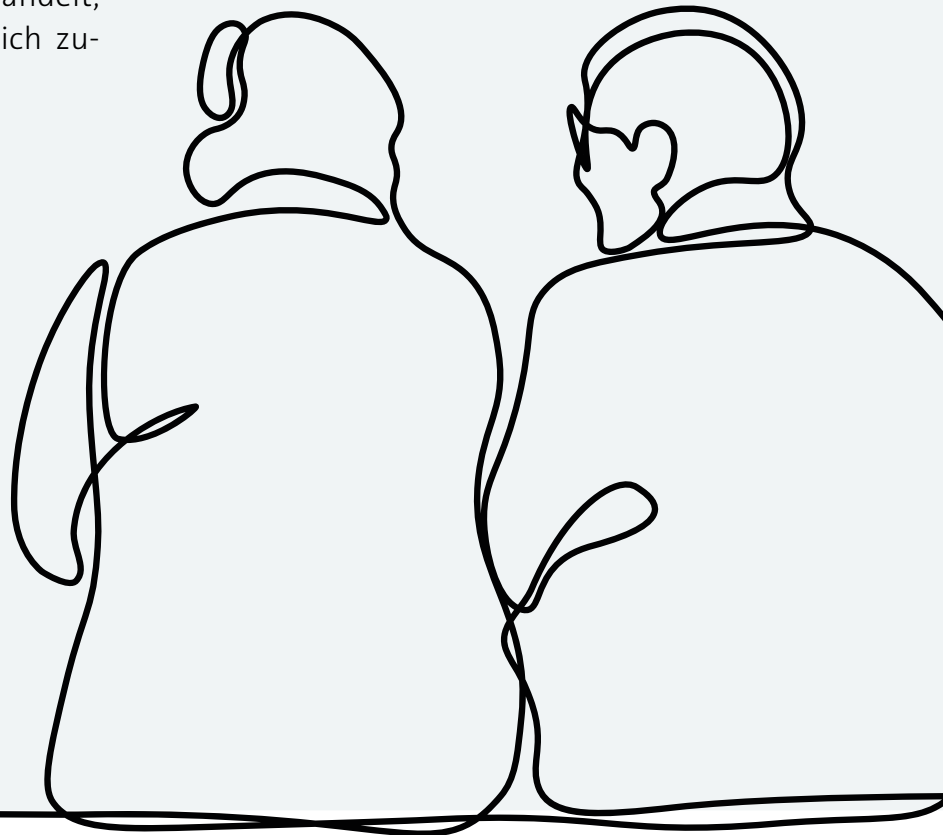
■ Fragen und Antworten

Kurze Abschlussrunde

Doppelbelastung Job & Pflege

Was Praxisinhaber davon haben, pflegende Angehörige individuell zu unterstützen

2,5 Millionen Menschen pflegen ihre Angehörigen zu Hause. Jeder vierte davon reduziert seine Arbeitszeit oder gibt den Job ganz auf. Das geht aus dem Pflegereport 2018 hervor. Der Grund: Vielen ist es auf Dauer einfach nicht möglich, beides zu vereinbaren. Wie gut Betroffene diese Mammutaufgabe stemmen, hängt nicht nur vom Umfang der staatlichen Unterstützung ab, sondern auch davon, wie Sie als Chef mit der Situation umgehen. Wer hier engagiert handelt, hält wertvolle Mitarbeiter und macht sich zudem attraktiv für neue.



1 | Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (§ 2 PflegeZG)

Kommt es zu einem akuten Pflegefall eines nahen Angehörigen, können sich Arbeitnehmer bis zu zehn volle Arbeitstage freistellen lassen, um sich um die Akutpflege oder die Organisation der Pflege zu kümmern. Diesen Anspruch können Ihre Mitarbeiter kurzfristig ankündigen und in Anspruch nehmen, denn plötzliche Pflegefälle sind einfach nicht planbar. Wichtig ist jedoch, dass sie Sie so schnell wie möglich darüber informieren und Ihnen mitteilen, wie lange die Freistellung dauern soll, sprich ob sie die vollen zehn Tage ausschöpfen möchten oder weniger ausreichen.

Für Praxisinhaber wichtig:

- Sie müssen unabhängig von der Praxisgröße jedem Mitarbeiter die kurzzeitige Pflegezeit gewähren, auch 450-Euro-Kräften
- Sie können von Ihren Mitarbeitern fordern, eine Bescheinigung eines Arztes vorzulegen, in der er bestätigt, dass der Angehörige pflegebedürftig ist und eine kurzfristige Arbeitsbefreiung notwendig ist.
- Vom Tag, an dem Ihr Mitarbeiter Ihnen die Arbeitsverhinderung mitteilt, bis hin zum Ende der Auszeit besteht Kündigungsschutz
- Während dieser Zeit müssen Sie kein Gehalt zahlen. Betroffene können bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen eine Lohnersatzleistung (Pflegeunterstützungsgeld) beantragen. Dieses beträgt 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts.

Begleitung in der letzten Lebensphase

Um es Angehörigen zu ermöglichen, in der letzten Lebensphase noch einmal gemeinsam Zeit zu verbringen, können sie sich laut Pflegezeitgesetz bis zu drei Monate vollständig oder teilweise vom Job freistellen lassen. Dies ist unabhängig davon möglich, ob Ihr Mitarbeiter den Angehörigen zuhause pflegt oder dies in einem Hospiz geschieht. Die Freistellung ist nicht an einen Pflegegrad gekoppelt und von der Ankündigung bis zur Beendigung der Begleitung besteht Kündigungsschutz.

Unternehmen, die mehr als 15 Mitarbeiter haben, müssen auf Wunsch die Freistellung genehmigen. Bei kleineren Betrieben entscheidet hingegen der Chef individuell, ob eine Freistellung möglich ist.

2 | Pflegezeit (§ 3 PflegeZG)

Arbeitnehmer haben die Möglichkeit, sich bis zu sechs Monate voll oder teilweise freistellen zu lassen, um einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung zu pflegen. Voraussetzung ist, dass mindestens Pflegegrad 1 besteht. Wenn einer Ihrer Mitarbeiter die Pflegezeit in Anspruch nehmen möchten, muss er Ihnen spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn der Auszeit dies schriftlich ankündigen und angeben, in welchem Zeitraum und wie lange die Freistellung dauern soll. Wichtig: Wenn Ihr Mitarbeiter nur die Arbeitszeit reduzieren möchte, halten Sie die Vereinbarungen vertraglich fest.

Für Praxisinhaber wichtig:

- Nur Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigte sind dazu verpflichtet, die Pflegezeit zu genehmigen. Trifft das nicht zu, liegt es an Ihnen, ob Sie diese bewilligen
- Wie bei der kurzfristigen Arbeitsverhinderung auch, besteht während der Zeit Kündigungsschutz
- Das Gehalt müssen Sie nicht weiterzahlen. Betroffene haben ein Recht auf ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben



3 | Familienpflegezeit bis zu 24 Monate (FPfZG)

Das Gesetz besagt, dass sich Beschäftigte, die einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen, bis zu 24 Monate teilweise freistellen lassen können. Die Arbeitszeit muss im Jahresdurchschnitt mindestens 15 Stunden pro Woche betragen und der Angehörige muss mindestens Pflegegrad 1 haben. Laut Gesetz ist Ihr Mitarbeiter dazu verpflichtet, die Familienpflegezeit mindestens acht Wochen vor Beginn anzukündigen.

Für Praxisinhaber wichtig:

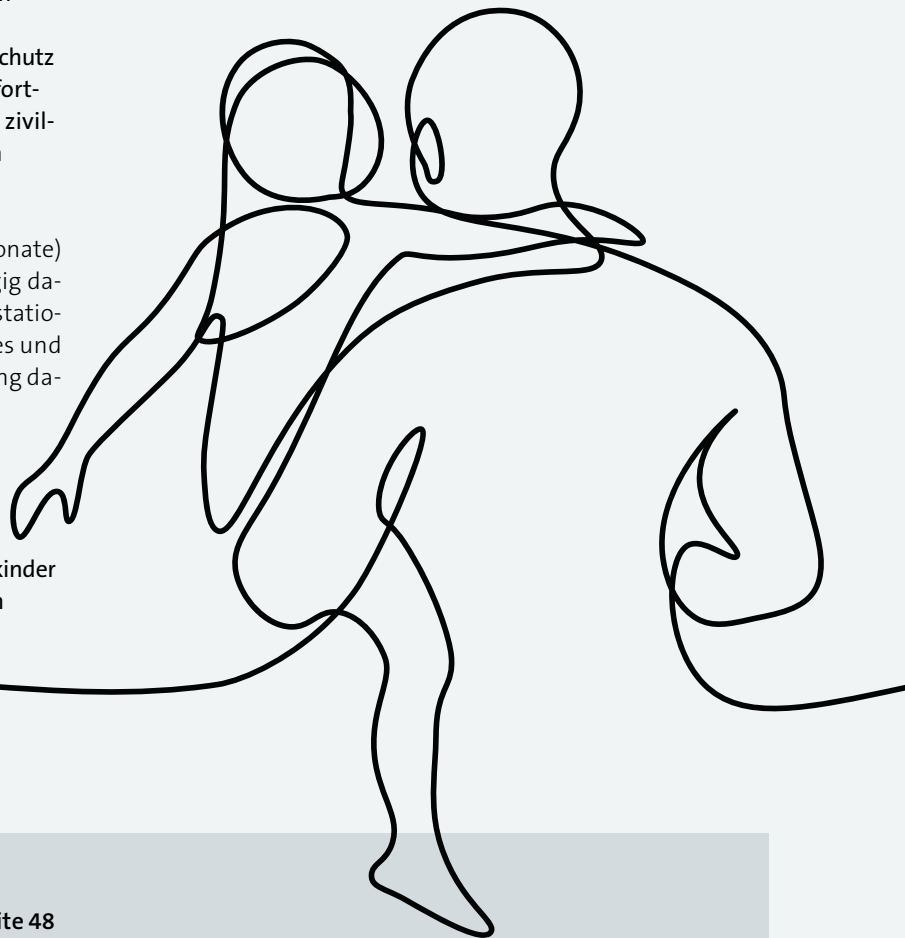
- Nur Unternehmen, die mehr als 25 Beschäftigte haben, sind dazu verpflichtet, die Familienpflegezeit zu genehmigen. Wie bei der Pflegezeit auch, liegt es also an Ihnen, ob Sie Ihren Mitarbeitern dies ermöglichen
- Auch während der Familienpflegezeit besteht Kündigungsschutz
- Da Betroffene während der Zeit kein Anspruch auf Lohnfortzahlung haben, gewährt das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ihnen ein zinsloses Darlehen

Sonderfall: Kinder

Eltern haben Anspruch auf vollständige (bis zu sechs Monate) oder teilweise Freistellung (bis zu 24 Monaten), unabhängig davon, ob die Pflege des Kindes in häuslicher Umgebung oder stationär erfolgt. So steht es in § 3 Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes und § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes. Voraussetzung dafür ist, dass mindestens Pflegegrad 1 besteht.

Zu den nahen Angehörigen zählen:

- Eltern, Großeltern, Schwiegereltern
- Geschwister
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Enkelkinder, Schwiegerkinder
- der Ehe- bzw. Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft



- weiter geht es mit konkreten Praxistipps auf Seite 48

THERAPEUTENHÄNDE VERDIENEN OPTIMALE BEHANDLUNG

NAQI Massagelotionen wurden zusammen mit Dermatologen speziell für therapeutische Massagen entwickelt. Mit Hautschutz – perfekt für die hohen Anforderungen an Therapeutenhände.

Weitere Informationen unter www.buchner.de/NAQI.

Möchten Sie eine kostenlose
Probe zugeschickt bekommen?

Rufen Sie an unter
0800 59 99 666



buchner

Konkrete Praxistipps: Doppelbelastung und Pflege

Engagement macht sich bezahlt

Auch wenn Sie auf Grund Ihrer Mitarbeiteranzahl nicht zu den Unternehmern gehören, die Angestellten Auszeiten einräumen müssen, so lohnt es sich dennoch, Ihren Mitarbeitern bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf so gut es geht entgegenzukommen. Das zeugt nicht nur von Menschlichkeit, sondern lohnt sich auch aus wirtschaftlicher Sicht. Denn: Eine dauerhafte Doppelbelastung wirkt sich oft (unfreiwillig) negativ auf die Arbeitsleistung aus:

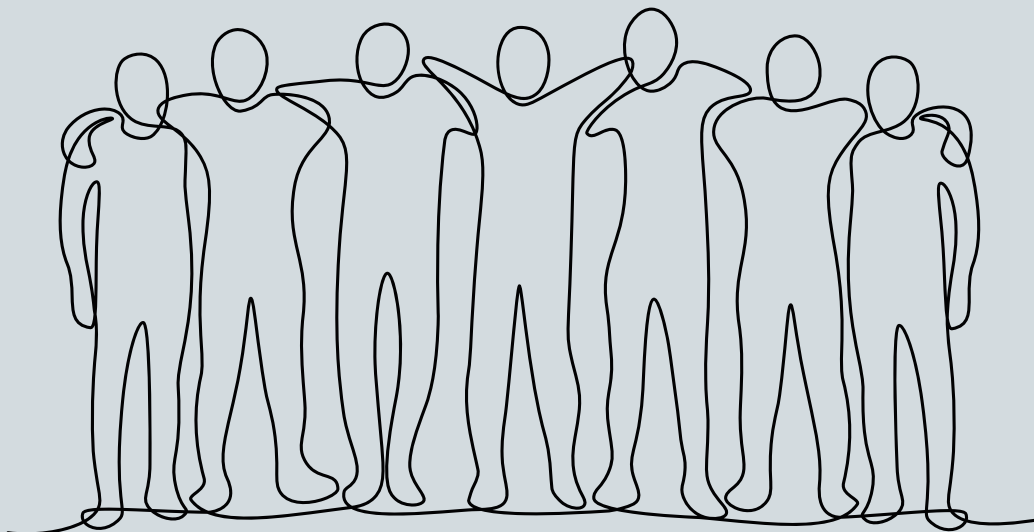
- Punkt 1** Betroffene, die Angehörige pflegen, sind öfter krank als jene Beschäftigten, die dieser Aufgabe nicht nachgehen. Das geht aus dem Pflereport 2018 hervor. Demnach leiden sie besonders häufig unter Rückenschmerzen und psychischen Störungen.
- Punkt 2** Die Leistungsfähigkeit kann abnehmen. Dadurch steigt das Risiko für Fehler, worunter wiederum die Behandlungsqualität leiden kann.
- Punkt 3** Wird der Druck auf Dauer zu hoch und ermöglicht der Arbeitgeber Betroffenen nicht, Beruf und Pflege zu vereinen, sehen Betroffene als einzigen Ausweg oft nur noch, zu kündigen.

Positionieren Sie sich als attraktiver Arbeitgeber

Der demografische Wandel sorgt dafür, dass die Anzahl jener, die im Alter pflegebedürftig werden, steigt. Ergo: Auch die Anzahl an Therapeuten, die Angehörige pflegen, wird in Zukunft weiter zunehmen. Wenn Sie diese Tatsache nicht außer Acht lassen und aktiv nach außen zeigen, dass Sie Arbeitnehmer dabei unterstützen, Pflege und Job so gut es geht zu vereinen, positionieren Sie sich für viele potenzielle neue Mitarbeiter als attraktiver Arbeitgeber.

Nicht erst handeln, wenn Not am Mann ist

In einem akuten Pflegefall muss für alle Beteiligten schnell eine gute Lösung her. Praktisch ist dann, wenn Sie die Grundbedingungen dafür bereits im Vorweg für alle festgelegt und Ihre Mitarbeiter darüber informiert haben. Konkret bedeutet das: Schauen Sie zunächst, welchen Verpflichtungen Sie als Arbeitgeber nachkommen müssen, um Ihren Mitarbeitern die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf so gut es geht zu ermöglichen. Machen Sie sich dann Gedanken, welche individuellen Bedingungen für Ihre Praxis darüber hinaus Sinn machen: Möchten Sie beispielsweise den Kreis der zu Pflegenden ausweiten – von nahen Angehörigen auf Familienmitglieder allgemein? Muss zwingend ein Pflegegrad die Voraussetzung für Unterstützung sein, oder reicht auch eine schwere chronische Erkrankung aus? Halten Sie die Rahmenbedingungen schriftlich fest.



Maßnahmen individuell zusammenstellen

Signalisieren Sie Ihren Mitarbeitern, dass es keine Nachteile mit sich bringt, wenn sie sich als pflegende Angehörige outen. Nur so schaffen Sie eine vertrauensvolle Basis, um individuell Lösungen zu finden, die für Sie und Ihren Mitarbeiter zufriedenstellend sind. (Beispiele im Kasten)

Setzen Sie sich mit Ihrem Mitarbeiter zudem in regelmäßigen Abständen zusammen und besprechen sie die aktuelle Lage: Hat sich die gewünschte Wirkung eingestellt? Sind unerwartete Probleme aufgetreten? Ist die Maßnahme noch passend oder muss nachjustiert werden?

Wichtig: Halten Sie alle Regelungen zu Arbeitsmodellen und -zeiten schriftlich fest!

Beziehen Sie das Team mit ein

Viele arbeitsorganisatorische Maßnahmen wirken sich auf das gesamte Team aus und müssen zu einem gewissen Grad von den Kollegen mitgetragen werden. Wichtig ist daher, dass Team von Anfang an mit einzubeziehen, Bedenken ernst zu nehmen und es – sofern möglich – die Planung mitgestalten zu lassen. Je größer die Akzeptanz, desto reibungsloser lassen sich die Veränderungen etablieren. ■

[ka]



Tipp Der iga.Wegweiser „Beruf und Pflegeverantwortung“ liefert viele hilfreiche Tipps zu Unterstützungsmöglichkeiten:
<https://tinyurl.com/y4g2nuyt>

Beispiele für mögliche Maßnahmen:

- Arbeitsmodell befristet anpassen, beispielsweise die Stundenanzahl auf Teilzeit reduzieren. Wichtig: Klären Sie vorab, ob es ein Rückkehrrecht zum alten Modell gibt
- Zeitlich befristete, unentgeltliche Freistellung von der Arbeit
- Flexiblere Arbeitszeiten, angepasst an die Pflegesituation. Beispielsweise nur Frühschichten oder an vier Tagen die Woche eine Stunde länger bleiben, um am fünften Tag früher frei machen zu können
- Wenn möglich, unbürokratisch auch kurzfristig Urlaub gewähren
- Pflegesituation bei der Urlaubsplanung im Team berücksichtigen
- Zeitweise bestimmte Aufgaben umverteilen bzw. Aufgaben an Kollegen abgeben
- Erlauben, dringende private Gespräche auch bei der Arbeit per Handy führen zu dürfen, etwa mit Behörden oder Institutionen

Impressum

up | unternehmen praxis

Herausgeber | Vi.S.d.P.
Ralf Buchner

Chef vom Dienst
Ulrike Stanitzke

Autoren

Karina Lübbe [kl], Yvonne Millar [ym]
Katharina Münster [km], Kea Antes [ka],
Katrin Schwabe-Fleitmann [ks],
Ralf Buchner [bu], Jenny Lazinka [jl],
Rebecca Borschtschow [rb]

Verlag

Buchner & Partner GmbH
Zum Kesselort 53, 24149 Kiel
Telefon 0800 5 999 666
Fax 0800 13 58 220
redaktion@up-aktuell.de
www.up-aktuell.de



Layout, Grafik, Titel, Bildredaktion
schmolzeundkuhn, kiel

Anzeigen

Susanne Madert
kontakt@madert-media.de

Jahrgang: 14

Erscheinungsweise: monatlich

ISSN: 1869-2710

Preis: 15 Euro zzgl. Porto im
Einzelbezug, 12 Euro im Abo

Druckauflage: 41.000 Exemplare

Verbreitete Auflage: 40.450 Exemplare

Druck: Krögers Buch- und
Verlagsdruckerei GmbH



Bildnachweise

Titel: Anton Schmolze; Yvonne Millar [3], Arendt Schmolze [29], Anton Schmolze [32], DOROTHEEPIROELLE [36]; iStock: Avelino Gomez G [6], ArtmannWitte, Hightower_NRW [7], kemalbas [10], Dimitris66 [11], simarik [12], fatido [13], marchmeena29 [14], sturti [16], kyoshino [17], gilaxia [20, 21], Inside Creative House [24, 25], Travel_Motion [28], KangeStudio [30], shutter_m [31], Imagesines [33], RichVintage [34], filo, Anna Pogrebkova [37], Ekaterina Winter [38], scyther5, SDI Productions [40], StMax89 [42], Tetiana Garkusha [44 – 49], edwardolive [50]

Liebe Leserinnen und Leser, die überwiegende Anzahl der Therapeuten ist weiblich und die überwiegende Anzahl unserer Autoren und Redaktionsmitglieder ebenfalls. Trotzdem verwenden wir das so genannte „generische Maskulinum“, die verallgemeinernd verwendete männliche Personenbezeichnung, weil die Texte einfacher und besser zu lesen sind.



Kurz vor Schluss von Yvonne Millar „Ich hätte gern die Tennis-OP“

Regelmäßig gehen wir Publikationen für Ärzte durch, um zu sehen, was dort so über Heilmittelbehandlungen und andere Themen, die Therapeuten interessieren könnten, geschrieben wird. In der Regel lesen Sie die Ergebnisse in den Therapie Abstracts unserer Fachbeilage **up_therapiemanagement**. Doch manchmal stoßen wir auf ein besonderes Fundstück, das uns zum Schmunzeln bringt. Das landet dann hier.

So hat Ende Dezember der Artikel „Sport mit Hüftendoprothese ist sinnvoll“ auf aerzteblatt.de unser Interesse geweckt. Es ging darin, wie die Überschrift schon ganz richtig vermuten lässt, um Bewegung mit Hüftendoprothese: Sport sei sinnvoll, führe nicht – wie in der Vergangenheit befürchtet – zu vorzeitigem Materialverschleiß und gerade Hüftprothesen tolerieren heute deutlich mehr Aktivität. So weit so unspektakulär, bis zum letzten Absatz. Dort wird empfohlen, vor dem Eingriff die gewünschten Sportarten mit dem Operateur zu besprechen, damit gezielt das bestmögliche Verfahren im Hinblick auf die künftigen Belastungen ausgewählt werden könne.

Heißt das nun, dass man künftig entscheiden kann, ob man nun lieber die Tennis-Hüft-OP oder doch eher die für Langstreckenläufe hätte? Wie sieht es mit Menschen aus, die verschiedene Sportarten betreiben: Müssen sie sich zwischen Skifahren, Rudern und Tanzen entscheiden? Oder gibt es Kombi-Angebote, etwa die Wintersport-OP oder die für den Ausdauersport? Sollten sich passionierte Rennfahrer den Ferrari unter den Hüftendoprothesen einsetzen lassen und dafür aufs Golfen verzichten?

Und was ist mit anderen Gelenken? Gehören zur Tennis-Hüfte dann auch Tennis-Knie und -Sprunggelenk? Muss man sich beim ersten Gelenkersatz auf seinen Lieblingssport festlegen oder lässt sich die Golf-Hüfte später noch mit dem Marathon-Knie kombinieren? Wäre das vielleicht sogar eine gute Kombination, wenn man in mehreren Sportarten aktiv bleiben möchte? Und wie sieht es eigentlich aus in Sachen „Fair Play“? Verschafft man sich mit der speziell angepassten Gelenk-OP etwa einen unlauteren Vorteil im lokalen Tennisverein?

Fragen über Fragen – wir hoffen, das Ärzteblatt wird uns über die weiteren Entwicklungen auf dem Laufenden halten. Wir geben die Informationen dann natürlich hier an Sie weiter.

WIRKSAM ZUFRIEDEN GESUND

*Das sagen unsere
Kursteilnehmer –
Live auf Youtube:*



Dr. Anke Handrock und Team

Dr. Anke Handrock ist Zahnärztin und seit über 20 Jahren Trainerin für wirksame Kommunikation in der Medizin. Sie leitet Ausbildungen für Positive Psychologie, Medical NLP und Systemische Praxisführung und coacht MVZs, Praxisteams, Ärzte, Zahnärzte und Therapeuten.

Maike Baumann ist Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin, Mediatorin, Coach und Trainerin für NLP und Dozentin für Positive Psychologie. Sie arbeitet an Universitäten, in Betrieben und als Therapeutin mit Erwachsenen, Kindern und Familien.

Wenn Sie Ihre Leistungsfähigkeit, Ihre Resilienz, Ihre Gesundheit und Ihre Freude an der Arbeit erhöhen wollen – und das auch Ihrem Team vermitteln möchten:

POSITIVE PSYCHOLOGIE 2021

Das Jahr des guten Lebens

150 Punkte (BZÄK, DGZMK), Investition: EUR 2800,00* - MwSt.-Befreiung wird beantragt



11.02. – 14.02.2021
29.04. – 02.05.2021
30.09. – 03.10.2021
09.12. – 12.12.2021

NEU: Wirksam beraten - die komplette theko®- Beratungsstrategie erstmals als Online-Seminarreihe

Regelmäßig neue Termine:

Kostenfreies Basisseminar:
WIRKSAM BERATEN mit der theko®-
Beratungsstrategie

Einführung in das 8-Wochen-Online-Intensivtraining:
Wirksam beraten mit der theko®-Strategie.

So helfen Sie Ihren Patienten, durch professionelle Beratung die richtigen Therapieentscheidungen zu treffen. Erfahren Sie, wie Sie Ihre Beratungen so aufbauen können, dass Ihre Patienten wirklich überzeugt die optimalen Behandlungen wählen - auch wenn diese nicht (vollständig) von Krankenkassen übernommen werden.

**KOSTENFREIES
ONLINESEMINAR!**
Gleich QR-Code
scannen und Platz
reservieren!



Dr. Anke Handrock
KOMMUNIKATION
IN DER MEDIZIN

Boumannstraße 32
13467 Berlin
Telefon 030 36430590

www.handrock.de

BASIC
BY buchner®

Handdesinfektion
500 ml
5€*



VAH-gelistet

EINFACHE ENTSCHEIDUNG.

BASIC – die Hausmarke von buchner für Therapie- und Praxisbedarf.

✓ Qualität stimmt. ✓ Preis stimmt. ✓ Verfügbarkeit stimmt.

Für mehr Informationen besuchen Sie uns unter www.buchner.de/basic

buchner

* Dieses Angebot richtet sich ausschließlich an Praxisinhaber und gewerbliche Abnehmer.
Der Preis für 500 ml Handdesinfektion beträgt 5 € netto (5,80 € inkl. Mehrwertsteuer) zzgl. Versand